

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA PRESTAZIONE E CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Regolamento UE 2016/679

PRESTAZIONE: _____

Il/La sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ IL _____

Mail _____ TEL: _____

SOLO PER MINORENNI O INTERDETTI

Il sottoscritto _____
in qualità di Genitore Tutore Amministratore di sostegno Figlio/a Marito Moglie
di (nome di chi deve fare la prestazione) _____

dichiara di aver ricevuto da Giorgio De Feo e/o Corinne Sanna esaurienti spiegazioni in merito alle prestazione clinico assistenziale che saranno praticate, secondo quanto riportato nella scheda informativa esposta e letta. Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti. Accetto dunque la prestazione illustratomi, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati. I caso di esami per covid dichiaro anche di essere stato informato che il tampone rapido COVID 19 , il test sierologico su sangue capillare e il test salivare non fanno diagnosi ma servono solo come screening e possono creare falsi negativi o falsi positivi. Solamente il tampone molecolare fa diagnosi di Covid 19 e questo tampone verrà refertato in uno dei nostri laboratori di fiducia e refertati da un medico biologo

E

rilascia il proprio esplicito e libero consenso al trattamento dei dati personali per le finalità contenute nell'informativa ex art. 13 GDPR 2016/679 esposta in ambulatorio .

Rilascio il consenso

Nego il consenso

Data.....

Firma dell'utente

.....

Firma dell'infermiere

.....