

 <p>Laboratorio Analisi e Ricerche Cliniche Dott. Suzzi Dino &amp; Figli s.r.l.</p>	<p><b>CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</b></p>	<p><b>M 26</b> Rev.05 – 25/05/18</p>
--	--	--

**INFORMATIVA PRIVACY  
ART. 7 REGOLAMENTO (UE) 679/2016**

**DATI DELL'INTERESSATO:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Numero di telefono \_\_\_\_\_  
 Data del prelievo \_\_\_\_\_ Ora del prelievo \_\_\_\_\_

**DATI DELL'ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE/LEGALE:**

(In caso di minori di 16 anni o incapaci)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver letto e compreso l'informativa resa dal titolare del trattamento **LABORATORIO ANALISI RICERCHE CLINICHE DOTT. DINO SUZZI & FIGLI S.R.L.** e consultabile sul sito [www.laboratoriosuzzi.it](http://www.laboratoriosuzzi.it)

Presto il consenso a codesto Laboratorio a trattare i miei dati personali, particolari e sensibili, ed i relativi quesiti diagnostici (obbligatorio per l'esecuzione della prestazione).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Presto il consenso al trattamento dei dati personali per invio dei referti sanitari a:

- persona a me delegata : \_\_\_\_\_
- al medico : \_\_\_\_\_
- al seguente indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_