



**INFORMATIVA PRIVACY
ART. 13 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 ricevuto e compreso l'Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) sul trattamento dei dati personali effettuato da Laboratorio Analisi e Ricerche Cliniche Dott. Suzzi Dino & Figli s.r.l. messa a mia disposizione presso i locali della Società o consultabile sul sito <https://www.laboratoriosuzzi.it> e dichiaro, per mio conto o nell'interesse della persona sopra indicata, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e particolari dell'interessato, ai sensi di quanto disposto al paragrafo "obbligatorietà del conferimento dei dati" della suddetta informativa.

Data _____ Firma _____

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

- persona a me delegata : _____
- medico : _____
- account personale sul sito www.laboratoriosuzzi.it

Data _____ Firma _____