

Codice Lab

**FOR.MED.LAB.****FORENSIC MEDICINE AND LABORATORY S.R.L.**

Sede Legale: Via Don Minzoni n. 9 – 62100 Macerata

Sede operativa: Via Velluti, 38 Fr.ne Piediripa 62100 Macerata

Partita IVA/Cod.Fiscale 01952180436 Tel. 3669641562 Fax 0733/1876435

e-mail: for.med.lab.srl@gmail.com PEC for.med.lab.srl@pec.it

SPIN OFF

**unimc**
UNIVERSITÀ DI MACERATA**l'umanesimo che innova****MODELLO RICHIESTA TEST COVID-19**

Cognome											Nome					
Nato a											il			Sesso	M	F
Codice Fiscale																
Residente in via											n.					
Comune											Prov.		CAP			
e-mail											Tel.					
Medico di famiglia/Pediatra DR.																
Dati aziendali	Ragione Sociale															
PIVA											SDI					
TEST RICHIESTO											Tampone	<input type="checkbox"/>	Sierologico	<input type="checkbox"/>		

Per soggetti minori

Il sottoscritto esercente la responsabilità genitoriale (od altro tipo di delega) sul soggetto suindicato, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati in nome e per conto dello stesso.

Cognome											Nome				
Codice Fiscale															
Grado di parentela															

Consenso al trattamento di dati ai sensi dell'articolo 13 del EU 679/2016 (GDPR).

La raccolta ed il trattamento e dei Suoi dati personali avverranno per la corretta e completa erogazione delle prestazioni professionali o dei servizi in Suo favore. I dati personali che La riguardano e da Lei spontaneamente forniti quali notizie anagrafiche e anamnestiche, documentazione clinica ecc., saranno trattati per finalità:

- a) di ricerca e sviluppo sperimentale nel campo delle biotecnologie ed attività di ricerca e consulenza medico-forense;
- b) diagnostiche e ambulatoriali, effettuazione di screening, analisi tossicologiche, misure su materiali e sostanze allo scopo di produrre un referto che attesti le caratteristiche dell'oggetto dell'analisi;
- c) di carattere operativo, gestionale, contabile e di altra natura, ivi comprese le registrazioni e le comunicazioni obbligatorie per legge;
- d) di invio del referto via mail, solo qualora da Lei espressamente richiesto, considerata la facoltatività della scelta che non sostituisce quella in modalità cartacea essendo a conoscenza che, in ogni caso, avrà la possibilità di continuare a ritirare i referti cartacei presso la struttura erogatrice della prestazione.

Per ulteriori informazioni consultate la PRIVACY POLICY sul sito <https://www.formedlab.it/>.

Apponendo la firma in calce a questo documento, in qualità di interessato, manifesto l'intenzione libera, specifica e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che mi riguardano per finalità ivi indicate e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge.

Data											Firma				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--

DA COMPILARE A CURA DEL LABORATORIO

Modalità di pagamento	<input type="checkbox"/> Contanti	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> BB	€											
Fattura											Data			Inviata	<input type="checkbox"/>
Note															