



Regione del Veneto

CORTINA MEDICA SRLS

CONSENSO

ALL' EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO  
PER LA RICERCA DI SARS -COV-2-SORVEGLIANZA COVID -19

Io sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

In \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \* \_\_\_\_\_

Reperibile al seguente recapito telefonico diretto \* \_\_\_\_\_

Tipo di documento (da allegare) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

DICHIARO

1) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ex art.13 del Regolamento Europeo (UE )2016/679 disponibile presso a CORTINA MEDICA in Via CORSO ITALIA 150

Comune CORTINA DI' AMPEZZO

2) \*di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione dall' effettuazione del test antigenico rapido , ivi previste

E pertanto

Acconsento

Non Acconsento

Ad effettuare il test antigenico rapido per la ricerca di SARA -COV- 2 nell' ambito della sorveglianza COVID- 19  
, con successivo inserimento dell'esito nel Sistema di Bio -sorveglianza per la successive azioni di parte del Dipartimento di  
Prevenzione competente territorialmente.

Data—

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

•Campo obbligatorio

[www.cortinamedica.it](http://www.cortinamedica.it) - P.E.C :[cortinamedica@legalmail.it](mailto:cortinamedica@legalmail.it)

Via. Corso Italia 150 -Cortina d'Ampezzo [TEL :+39 0436 680090](tel:+390436680090)

P.IVA 01230270256 CODICEUNIVOCO : P62QHVQ