



Via Napoli Km. 3,800 – 71122 FOGGIA
C.F.: 80003990712 P.IVA: 03701780714
Tel.: 0881/634575 Fax: 0881/339062

Web: www.formedilfoggia.it

E-mail: info@formedilcptfoggia.it - Pec: formedilcptfoggia@pec.it

**MODULO di INFORMAZIONE e CONSENSO al
TEST PER IDENTIFICAZIONE ANTIGENICA**

CONSENSI

Il/La sottoscritto/a	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
C.F.	
Residente in	
Indirizzo	
E-mail *	
telefono	
Pagamento	<input type="checkbox"/> <i>Contanti</i> <input type="checkbox"/> <i>Assegno</i> <input type="checkbox"/> <i>Bonifico</i>

Nel caso in cui l'interessato sia un soggetto minore d'età o incapace d'intendere e/o volere:

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____, in
qualità di:

Genitore; *Genitore affidatario*; *Tutore*; *Curatore*; *Amministratore di sostegno* del soggetto
interessato

ESECUZIONE TEST

In relazione alla possibilità di **sottopormi all'esecuzione del test antigenico** per tramite il Formedil Cpt
Foggia e di aderire al percorso definito in caso di positività:

Do il consenso

Nego il consenso

Firma _____ data _____

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui di cui alla D.G.R. 209/2020 e
determinazione del 12 Maggio 2020, ai sensi dell'art.6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per
l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai
sensi dell'art.9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità
pubblica". Il titolare del trattamento è il Formedil Cpt Foggia in con-titolarietà con il medico competente
abilitato allo svolgimento del test antigenico.