

Dichiarazione di consenso al trattamento e alla conservazione di dati personali e sensibili per prelievo analisi quantitativa IgG/IgM SARS-COV2

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____ dichiaro di aver ricevuto le

informazioni sul trattamento dei dati personali (REGOLAMENTO UE 2016/679) e pertanto autorizzo

Abbadia Medica srl per quanto di competenza al trattamento e alla conservazione nei propri archivi dei dati per tutti gli utilizzi necessari allo svolgimento delle prestazioni da me richieste.

Ai sensi e per gli effetti di cui art. 13 DLgs 196/2003 relativo ai "Trattamenti a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici", dichiaro di essere informato che il dato medico raccolto potrà essere utilizzato anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito di studio epidemiologico di popolazione.

I risultati del dosaggio non possono essere considerati come unica base per la diagnosi di COVID19.

Dichiaro altresì di essere non essere stato affetto da sintomatologia riconducibile a COVID19 nei 60 giorni antecedenti il prelievo.

In caso di sintomatologia descrivere brevemente:

Data _____

Firma
