

CONSENSO PRIVACY MINORE, INTERDETTO, INCAPACE

Il/La sottoscritto/a nato/a..... il...../...../.....

Telefono..... Cellulare..... email.....

In qualità di soggetto esercitante la tutela legale di (minore, interdetto, incapace)
..... nato/a..... il...../...../.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, letta l'Informativa sul Trattamento Dati, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, disponibile su richiesta presso gli sportelli dell'accettazione.

- Consento il trattamento DEI SUOI DATI PERSONALI E SENSIBILI.

FIRMA (campo obbligatorio) _____

- Consento la PUBBLICAZIONE DEI SUOI RISULTATI SUL SITO della struttura, dove potranno essere letti previo accesso con password personali rilasciate al momento dell'accettazione.

FIRMA (campo opzionale) _____

- In caso di soggetto minore, il genitore presente autocertifica l'assenza per lontananza e/o impedimento dell'altro genitore.

FIRMA (campo obbligatorio) _____

- Firmando la presente, dichiaro di aver letto attentamente il contenuto dell'informativa fornita dal laboratorio, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

FIRMA (campo obbligatorio) _____

DATA ____/____/____