

FARMACIA CALATAFIMI S.A.S.

Del Dr Zanetti Andrea e c. Piazzale di Porta Lodovica 2

20136 MILANO tel.0258310347

Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test streptococco

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,

Cod. Fisc. _____, nato a _____ il _____

Tel./Cell _____,

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

In qualità di _____ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (MINORE) _____

Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.

Data _____

Firma leggibile _____