

**CERTIFICAZIONE PRELIEVO DOMICILIARE**  
(Consenso informato ed identificazione utente)

Io sottoscritta/a Infermiera/o .....  
nata/o il..... a..... **CERTIFICO DI AVER**  
**INFORMATO CORRETTAMENTE** l'utente sulla procedura del prelievo ematico da eseguire,  
acquisendo il suo consenso informato al trattamento.

**CERTIFICO INOLTRE** di aver eseguito personalmente l'identificazione dell'utente, garantendo che  
sono stati rispettati i tempi e le modalità per il corretto trasporto dei campioni.

**DATA ESECUZIONE PRELIEVO**..... **ORA DI ESECUZIONE** .....

**SEDE CONSEGNA PRELIEVO** ..... **ORA CONSEGNA** ... ..

**CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

**Il/La sottoscritto/a**..... **in qualità di**.....

**CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs.n°196/2003 (codice privacy) al trattamento dei miei dati personali online,  
acconsento al relativo trattamento dei miei dati.

**Data**.....

**Firma Utente**

.....

**IDENTIFICAZIONE UTENTE**

NOME e COGNOME	DOCUMENTO IDENTITA' / C.F.	DIRETTA CONOSCENZA

**Data**.....

**Infermiere/Operatore (che accetta)**

**In fede**  
**Infermiere esecutore**

**Il dichiarante è penalmente responsabile in base alla normativa vigente in materia di autocertificazione.**