

CERTIFICAZIONE PRELIEVO DOMICILIARE

(Consenso informato ed identificazione utente)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome) _____
(telefono) _____

Qualifica: Medico Infermiere Ostetrica

CERTIFICA

- di aver informato correttamente l'utente sulla procedura del prelievo ematico da eseguire, acquisendo il suo consenso informato al trattamento.
 - di aver eseguito personalmente l'identificazione dell'utente, che quest'ultimo presenta condizioni di fragilità (anche temporanee) che non rendono possibile il recarsi in modo autonomo presso un centro prelievi e che sono stati rispettati i tempi e le modalità per la corretta esecuzione e trasporto dei campioni.
- (Il dichiarante è penalmente responsabile in base alla normativa vigente in materia di autocertificazione)

DATA ESECUZIONE PRELIEVO ORA DI ESECUZIONE

SEDE CONSEGNA PRELIEVO ORA DI CONSEGNA

IDENTIFICAZIONE UTENTE

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

Data _____

Operatore (che accetta)

In fede
Esecutore del prelievo

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DELL'UTENTE

Il/La sottoscritto/a _____

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, **consente** al relativo trattamento dei miei dati.

Firma Utente

Data.....