



RITIRO REFERTO PER FIGLIO MINORE

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
via _____ tel _____
domiciliato a _____ via _____ n. _____

- Genitore (con responsabilità genitoriale) del minore _____
_____ nato/a il _____ a _____
- CON IL CONSENSO DELL'ALTRO GENITORE _____
- oppure GENITORE CON RESPONSABILITÀ ESCLUSIVA

CHIEDE

DI RICEVERE/RITIRARE COPIA DEL REFERTO:

- ESAME SIEROLOGICO
- TAMPONE NASO FARINGEO

EFFETTUATO/I IN DATA _____

Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data _____ firma (per esteso e leggibile) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO _____ e n. _____ documento del

RICHIEDENTE

Rilasciato da _____

Data _____ L'Addetto _____

Informativa ai sensi dell'art. 11 lett b) e d) D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": "I dati personali oggetto di trattamento sono: Raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi; (sono) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati..."