

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a Gaeta in via _____
codice fiscale _____ Telefono / Cellulare _____
dipendente del Comune di Gaeta con la qualifica di _____ e assegnato al
Dipartimento _____

richiede VOLONTARIAMENTE

di essere sottoposto al Test rapido Sierologico per la determinazione degli anticorpi anti Covid-19
eseguito presso la Clinica Polispecialistica "T. Costa" di Formia.

Data,

FIRMA

Il sottoscritto DICHIARA di aver preso visione dell'informativa della Regione Lazio riguardo i
Test Sierologici **"INFORMAZIONI PER L'UTENTE Emergenza Covid-19: ricerca anticorpi
(IgM/IgG antiSARS-CoV-2)"** e di averne compreso il contenuto.

Dichiara inoltre di aver ricevuto copia dell'informativa ex REG. (UE) 2016/679 Parlamento
Europeo e Consiglio e di conoscere i miei diritti per il trattamento dei dati personali e in particolare
di essere stato informato dei diritti riconosciuti dall'art. 7 e ss del predetto regolamento, compresa la
facoltà di rivolgersi al Titolare del Trattamento dei dati e avvalermi in qualsiasi momento del diritto
di revocare l'autorizzazione al trattamento dei dati oggetto di tale richiesta).

Acconsente al trattamento dei propri dati sanitari di cui all'Art. 9 del Reg. UE n. 679 ed a fornire
l'esito del mio test al Titolare del trattamento – Datore di Lavoro (Sindaco Pro-tempore) compresa
la comunicazione degli stessi ai soggetti di cui all'informativa, nei modi, nei termini e per le finalità
ivi indicate.

Data,

FIRMA
