

ACCETTAZIONE TEST DELLE INTOLLERANZE

CODICE CLIENTE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____

Codice fiscale: _____

**I dati personali di cui sopra sono richiesti solo a fini autorizzativi e sono trattati e tutelati secondo le direttive del D.lgs. 196/2003, codice in materia di protezione dei dati personali.*

Richiede:

(Indicare il quantitativo di Test - se interessati ad un solo tipo di Test barrare l'altro)

QUANTITÀ	TEST DEL DNA
<input type="checkbox"/>	Test dell'Intolleranza al Glutine
<input type="checkbox"/>	Test dell'Intolleranza al Lattosio

Dichiaro inoltre:

- di essere stato/a adeguatamente informato/a da parte del personale sanitario del laboratorio Biolab e dal dott. Di Giammarco Roberto e di aver compreso le finalità del test che mi accingo ad eseguire ed i relativi risultati ottenibili;
- di essere stato/a informato/a dal personale del suddetto laboratorio circa le norme che tutelano la privacy di cui al D.lgs. 196/2003 sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali;
- di essere stato/a informato/a dal personale del laboratorio e dal dott. Di Giammarco Roberto che costituisce reato costringere la persona ad effettuare il prelievo contro la propria volontà o effettuare prelievi su minori senza avere la patria potestà sul minore medesimo nelle forme e ai sensi dell'art. 316 c.c.;
- di aver proceduto al prelievo dei campioni biologici sopra specificati rispettando tali norme;
- declino il laboratorio Biolab e il dott. Di Giammarco Roberto da ogni responsabilità circa il mio operato non conforme a quanto sopra specificato;
- fornisco il consenso al laboratorio Biolab per l'esecuzione dell'esame;
- sono consapevole che nel caso in cui il laboratorio Biolab non ritenga idonei i campioni raccolti per l'esecuzione delle analisi salderò i costi di ripetizione dell'esame (50€) e spese di spedizione (25€) tramite bonifico bancario o in contrassegno al corriere di spedizione con un costo extra di 10€ (Totale pagamento in contrassegno delle spese di ripetizione 85€).

FIRMA (il richiedente il test)

Data ____ / ____ / ____
