



COMUNE DI MONTENERO DI BISACCIA

PROVINCIA DI CAMPOBASSO

Modulo richiesta Tampone antigenico rapido all'Associazione della Croce Rossa Italiana - Comitato Territoriale di Campobasso - per il rilevamento qualitativo del SARS-Co-V.2

Con la presente si richiede di effettuare il tampone antigenico rapido per il rilevamento qualitativo SARS-Co-V.2 presso il DRIVE-IN sito in Montenero di Bisaccia (CB) alla via: Zona Bivio - Parcheggio situato dietro la Chiesa di San Paolo Apostolo, intersezione tra Via E. A. Paterno e Via Padre Pio.

ANAGRAFICA (compilare ogni campo in stampatello)

COGNOME _____	NOME _____	CODICE FISCALE _____
-------------------------	----------------------	--------------------------------

COMUNE DI NASCITA _____	PROVINCIA _____	DATA DI NASCITA _____
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------------

COMUNE DI RESIDENZA _____	PROVINCIA _____	INDIRIZZO DI RESIDENZA _____
-------------------------------------	---------------------------	--

TELEFONO 1 _____	TELEFONO 2 _____	INDIRIZZO MAIL _____
----------------------------	----------------------------	--------------------------------

In caso di soggetto minorenni, compilare le caselle sottostanti:

COGNOME DEL GENITORE _____	NOME DEL GENITORE _____	CODICE FISCALE GENITORE _____
--------------------------------------	-----------------------------------	---

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel modulo ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Associazione della Croce Rossa Italiana – Comitato Territoriale di Campobasso

Il sottoscritto/a, _____

Codice fiscale _____

nella qualità di:

diretto interessato

genitore / tutore del minore _____

Codice Fiscale del minore _____

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 679/2016 Regolamento generale sulla Protezione dei Dati per l'espletamento dei servizi e delle attività, autorizzo l'Associazione della Croce Rossa Italiana – Comitato Territoriale di Campobasso

- al trattamento dei miei **dati personali**, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03
- al trattamento dei miei **dati "particolari"**, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali
- all'uso della mia immagine per le finalità descritte nell'informativa (*pubblicazione sul sito dell'Associazione, sui canali social network dell'Associazione o su materiale di promozione e divulgativo delle attività dell'Associazione*).

_____, li _____

L'INTERESSATO
