

## CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO

### PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'A.S.P. di Potenza esegua il test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 al personale (studenti e lavoratori) dell'Università degli studi della Basilicata.

Il test sarà somministrato nelle date e fasce orarie comunicate sul sito.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

(firma leggibile) \_\_\_\_\_

#### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

(firma leggibile) \_\_\_\_\_