



MODULO DI RICHIESTA TEST

MINERALOGRAMMA DEL CAPELLO

MEDICO / CENTRO INVIANTE

PAZIENTE

Nome:

Cognome:

Data di nascita: GG / MM / AAAA / /

Codice Fiscale:

Via:

Città: CAP:

Telefono:

Email:

Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.

Data ____/____/____

Firma _____

MEDICO

Nome:

Cognome:

Telefono:

Email:

Confermo di aver informato la paziente sui dettagli del test, sulle sue capacità ed i suoi limiti e che ha dato il suo consenso all'esecuzione dell'esame.

Data ____/____/____

Firma _____

ACCETTAZIONE / CONSENSO:

☐ SI ☐ NO

Desidero essere informato/a sui risultati del test.

☐ SI ☐ NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base all'art.13 del D.Lgs 196/2003, al REG. UE 679/2016 e all'art. 13 GDPR 679/16.

☐ SI ☐ NO

Mi impegno a comunicare un eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data

Nome e Cognome
in stampatello

____/____/____

Firma _____