

AL10

MODULO DI CONSEGNA SATURIMETRO

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Consegna in data _____

Saturimetro da dito n° di serie (ultime 3 cifre) : _____

Dispositivo consegnato da: _____

(Cognome e Nome in stampatello)

- Dichiaro di aver preso visione della specifica informativa ex art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 dell'ASST RHODENSE, agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima.

Firma dell'utente ricevente _____

(o esercente responsabilità genitoriale)

Riconsegnato in data: _____

Firma dell'operatore ricevente: _____

Firma dell'utente (per consegna) _____