



Laboratorio Privato Analisi Cliniche
Accreditato in Fascia A (DGR 41-6652)
www.gruppolamat.com e-mail: info@lamatlab.it
Iscr. Trib. di Torino n. 1849/73
C.C.I.A.A. 475255 Torino CF/P.IVA: 00951610013
 <https://www.facebook.com/gruppolamat/>



SEDE AMMINISTRATIVA
Via Cibrario 53 -10143 TORINO
Ingresso Prelievi Via Casalis, 1 - 10143 TORINO
tel: 0114373430
fax: 0114376980



PUNTI PRELIEVO
- Via Capelli 81 - 10146 TORINO
tel: 011728044, fax: 011728044
- Via A. Diaz 25 -10071 BORGARO T.SE(TO)
tel: 0114701100, fax: 0114701100

IO SOTTOSCRITTO/A
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....
NELLA MIA QUALITA' DI ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE SUL MINORE
NOME.....
COGNOME.....
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....
DICHIO, SOTTO LA MIA PIENA CONOSCENZA E RESPONSABILITA', DI AUTORIZZARE
L'EFFETTUAZIONE IN DATA, PRESSO CODESTA
STRUTTURA, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO.
ALLEGO COPIA SOTTOSCRITTA DEL MIO DOCUMENTO DI IDENTITA'.
AUTORIZZO SIN D'ORA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL
D.LGS 196/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.
DATA LUOGO FIRMA.....

[DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA A TERZI].
NON POTENDO ESSERE PRESENTE ALLA VISITA, DELEGO AD ACCOMPAGNARE ED
ASSISTERE IL MINORE SOPRA INDICATO IL SIG. / LA SIG.RA (ALLEGATA COPIA SUA CARTA
D'IDENTITA')
NOME.....
COGNOME.....
NATO/A
PROV./STATO ESTERO
IL
RESIDENTE IN CAP
CITTA' PROV.....