Modulo per la richiesta di iscrizione nel registro delle persone identificate che consegnano campioni biologici al punto di accettazione "Prelievi Pronti" del Laboratorio Analisi dell'AOU di Sassari (Palazzo Rosa) via Monte Grappa n. 82

Al Direttore della S.C. Patologia Clinica
AOU Sassari

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/La Sottoscritta_____nato/a a _____
cognome e nome

Il_____/_____/ _____ **C.F.** | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a_____via_____n° _____

tel._____email_____@_____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco delle persone identificate che consegnano campioni biologici, appartenenti a terzi, al punto accettazione "Prelievi Pronti" del Laboratorio Analisi.
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere residente in_____Via_____

tel._____email:_____@_____

□ di essere un lavoratore autonomo *(libero professionista)* P.IVA. _____

□ di essere un lavoratore autonomo (*prestazione occasionale*) C.F. _____

□ di appartenere alla ditta/cooperativa (indicare ragione sociale e forma giuridica) _____

con sede legale in_____Codice Fiscale./P.IVA. _____

□ di svolgere attività di volontariato senza alcun compenso per le prestazioni effettuate

□ di essere titolare di polizza assicurativa RCT ed infortuni

SI ALLEGANO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA

DICHIARA DI AVER LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CONTENUTA NELL'ALLEGATO 1 E CONSEGNATO INSIEME ALLA PRESENTE DOMANDA

Qualsiasi dichiarazione mendace, individuata dalle verifiche che l'AOU di Sassari si riserva di effettuare, comporterà la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Data_____Firma _____