

ELENCO DEGLI OPERATORI DEL LABORATORIO

STRUTTURA Città.....

N.	COGNOME	NOME	Luogo e data di nascita	PROFESSIONE	CERTIFICAZIONE SIECVI	TIPOLOGIA Certificazione/i	DATA conseguimento o rinnovo
1				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
3				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
4				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
5				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
7				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
8				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
9				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
10				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
11				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
12				<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. di cui al REG. EU - GDPR 2016/679 come da dettaglio in calce all'Informativa allegata.

Data

Firma e timbro del referente SIECVI del laboratorio.....