

Data...../...../.....

Paziente..... Eta'..... (F) (M)

**Dispositivo Richiesto:**

Colore ..... Gadget.....

Malattie Infettive: (SI) (NO) impronte disinfettate con: .....

Allergie: (SI) (NO) Quali.....

In base al decreto legislativo n° 196/03 il/la sottoscritto/a.....autorizzo lo studio  
dentistico.....a conferire i miei dati personali a Functional Research s.r.l.

In Fede .....

**Firma del Medico o dell'Odontoiatra**

**Data Consegna..... Ora.....**

Data...../...../.....

Paziente..... Eta'..... (F) (M)

**Dispositivo Richiesto:**

Colore ..... Gadget.....

Malattie Infettive: (SI) (NO) impronte disinfettate con: .....

Allergie: (SI) (NO) Quali.....

In base al decreto legislativo n° 196/03 il/la sottoscritto/a.....autorizzo lo studio  
dentistico.....a conferire i miei dati personali a Functional Research s.r.l.

In Fede .....

**Firma del Medico o dell'Odontoiatra**

**Data Consegna..... Ora.....**