

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

a sottoporsi a effettuare test rapido per ricerca SARS-COV-2

Gentile Signora / Egregio Signore,

La Farmacia _____ a cui lei si è rivolta, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, La informa che i Suoi dati personali, laddove accettasse di sottoporsi al tampone, sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 ("Regolamento") e del D. Lgs 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/2018. Tenuto conto che l'emergenza sanitaria da COVID-19 impone trattamenti dei dati in aggiunta alla prassi ordinaria, Le fornisce le seguenti informazioni al riguardo:

TITOLARE DATA PROTECTION	Al sensi degli articoli 4 e 24 del Regolamento, Titolare del Trattamento ("Titolare") è la Farmacia nelle rispettive sedi legali Al sensi degli articoli 37 e 39 del Regolamento, la Farmacia ha un suo Responsabile della Protezione dei Dati ("RPD").
TIPOLOGIA DI DATI	Per le finalità sotto indicate potranno essere trattate le seguenti categorie di dati: • Dati personali anagrafici propri e di persone conviventi; • Dati personali sulla professione, attività lavorativa e luoghi di lavoro; • Zona di provenienza e/o transito, nonché mappatura degli spostamenti; • Dati del domicilio di isolamento fiduciario; • Dati relativi alla salute e relativo monitoraggio; • Dati giudiziari.

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____ Nato a _____

Il ____/____/____ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza (Comune) _____ Prov. () Via _____ CAP _____

Domicilio (Comune) _____ Prov. () Via _____ CAP _____
(se diverso da residenza)

Telefono _____ Email _____

Numero documento carta d'identità passaporto patente di guida N° _____ rilasciato da comune questura prefettura di _____ il _____

Padre Madre Tutore legale del minore documento del minore _____

Codice Fiscale del minore | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ASL di residenza _____

Medico di Medicina Generale _____

Pediatra di Libera Scelta _____

ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA A SOTTOPORMI AD UNO DEI SEGUENTI TEST (biffare una o più opzioni) E A TUTTE LE AZIONI CONSEGUENTI PREVISTE OVVERO RIPETIZIONE DEL TEST, ESECUZIONE DEL TAMPONE, SORVEGLIANZA E ISOLAMENTO DOMICILIARE

1. tampone antigenico rapido cromatografico

ACCETTAZIONE DELL'ESECUZIONE DEL TEST DICHIARO ALTRESI

- di aver preso visione e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'emergenza Covid-19 ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento ue 679/2016 resemi disponibili e anche pubblicate sul sito istituzionale di So.Re.Sa. S.p.A. Pertanto, presto il consenso all'utilizzo dei dati personali sopra riportati nonché dei dati che saranno acquisiti nel corso delle indagini sierologiche per cui ho prestato consenso per le finalità strettamente connesse all'esecuzione del test in oggetto e per tutte le attività di gestione dell'esito dell'indagine sierologica medesima nel rispetto delle disposizioni nazionali ed europee vigenti come emendate per le esclusive necessità di gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19
- di aver preso visione dell'informativa relativa al test rapido
- di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- di esprimere il mio consenso alla partecipazione al test rapido per ricerca in diagnostica di SARS-COV-2;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se sottopormi o meno al test rapido;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso.
- di ESSERE consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO

DEVO

Recarmi immediatamente in quarantena presso il mio domicilio/presso altra località e di attendere disposizione/i ASL o MMG/PLS in merito ad eventuali ricoveri in ambiente idoneo e rispettare tutte le azioni conseguenti previste ovvero ripetizione del test, esecuzione del tampone, sorveglianza e isolamento domiciliare

CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, esprimo il consenso alla trasmissione via e-mail del risultato del test sierologico e dell'eventuale tampone sulla piattaforma regionale e-Covid Sinfonia. A tal fine, chiedo che il predetto invio sia eseguito all'indirizzo e-mail sopra dichiarato, sollevando contestualmente la Farmacia da ogni responsabilità per la perdita o l'eventuale acquisizione indebita della documentazione da parte di terzi e/o per gli altri eventi che determinino la perdita del referto, dovuti a negligenza del sottoscritto (ad esempio, per mancata custodia delle credenziali di accesso etc..).

Dichiaro di aver letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali (Ver. 1 del 3.4.2020) dell'Unità di Crisi regionale per l'emergenza Covid-19 esposta nei locali della Farmacia.

Luogo e data

Firma leggibile _____

IN CASO DI MINORE, dichiaro altresì di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della finalità e modalità di esecuzione del test oppure di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data

Firma leggibile _____