

CONSENSI E DICHIARAZIONI PER TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO – DOCUMENTO

Io sotto riportati consensi e le dichiarazioni devono essere obbligatoriamente forniti al fine di sottoporsi all'esame:

- Dichiaro di essere stato/a informato/a delle modalità esecutive del test diagnostico e di aver **compreso** il significato dei suoi risultati
- Manifesto la volontà a sottopormi all'esecuzione del test antigenico per tramite la Farmacia della Scrofa e di aderire al percorso definito in caso di positività
- Autorizzo la farmacia ad inviare all'indirizzo email (posta certificata o, in assenza, porta ordinaria) da me indicato risultato, che mi impegno a comunicare al MMG o PLS
- Esprimo il mio consenso all'invio della prenotazione nel FSE e a Lazio Escape
- Dichiaro che la tipologia della mia prenotazione è

Normale Ristretto Altamente ristretto

Esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali

Cognome / Surname

Nome/Name/Given Name

Mail/Email Address

Firma/Sign

Data /Date

Ai sensi della D.G.R. 209/2020 e della determinazione del 12 maggio 2020, nonché ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679, il consenso "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri". Inoltre, ai sensi dell'art. 9 lett. g), h), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica".

Il titolare del trattamento e l'IRCCS dell'Istituto Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie (tra cui le farmacie) abilitate allo svolgimento del test antigenico. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le Strutture Sanitarie abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma/Sign

Data /Date

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché delle sanzioni previste dall'Art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33

DICHIARO di essere a conoscenza delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia e, in particolare, delle prescrizioni contenute al riguardo nei diversi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Firma/Sign

Data /Date

Cellulare/ Cellular telephone with prefix

Data di Nascita/Date of birth

tipo di documento/Kind of Document: passaporto /Passport carta d'identità /Identity Card

Documento N°/ Number of Document

* Inviare compilato elettronicamente a/fill up and send to email: farmacia.scrofa@gmail.com 00393332

O tramite whatsapp al numero/or on our whatsapp number 00393332462817

**Stampare e consegnare il giornodel test/Printed bring the day of testing