

CONSENSI E DICHIARAZIONI PER TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO – TESSERA SANITARIA

I 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 il 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

Firma data

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 data

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 data

Cognome:

Nome:

Cod. Fiscale:

Tessera Sanitaria (ultime 8 cifre)

Scadenza

Nato a: Prov () il

Cell : Mail: