



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO ANTIGENICO DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS- COV-2

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ residente in _____ Via _____
telefono _____ indirizzo mail _____
compagnia aerea e tratta _____ posto a sedere n. _____

DICHIARO

- a) Di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali direttamente e personalmente conferiti ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per finalità invio dei propri referti medico sanitari conseguenti alle prestazioni richieste e per fini epidemiologici;
- b) Di essere informato che:

in caso di risultato POSITIVO il paziente verrà preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di competenza al fine dell'esecuzione del tampone molecolare oro-faringeo SARS-COV-2. In tal caso il soggetto si impegna, secondo le normative vigenti, a rispettare il regime di quarantena previsto dalla normativa

ACCONSENTO

- Alla raccolta, conservazione e utilizzo del materiale biologico e al trattamento dei dati personali associati; - All'esecuzione del test rapido antigenico di screening per la ricerca di SARS-COV-2 ed alla trasmissione degli esiti alle autorità sanitarie ai fini epidemiologici nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy. Il trattamento dei dati personali raccolti ai fini della gestione dell'emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2 è svolto in conformità all'art.14 del D.L. 9 Marzo 2020, n.14 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" e alla comunicazione n.14161 del 16 marzo 2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, recante "Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali".

_____, li _____

FIRMA _____