

ALLEGATO 1 ALL'INFORMATIVA SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN FARMACIA IL TEST ANTIGENICO RAPIDO DI SCREENING PER L'INFEZIONE DA VIRUS SARS-COV-2

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST E ADESIONE AI COMPORTAMENTI CORRELATI AD ESITO POSITIVO DEL TAMPONE

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

C. F. _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____, Via _____

domicilio (se diverso da quello di residenza) _____

documento di riconoscimento _____

recapito telefonico _____

(sezione da compilare in caso di prestazione resa ad un minore)

In qualità di genitore/tutore/affidatario di

_____ nato/a a _____ il _____

e residente in _____,

via _____ n. _____,

c.f. _____

modalità di ritiro referto:

a mano

via e-mail all'indirizzo _____

DICHIARO

- di aver ricevuto dall'esecutore del test (tampone naso-faringeo) esaurienti spiegazioni in merito alla tipologia, attendibilità, metodica, procedura esecutiva del test medesimo, nonché in merito ai tempi di esecuzione ed attesa del risultato;
- di essere pienamente consapevole che il test può comportare esiti di falso negativo o falso positivo;
- 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 effettuare o meno il test (tampone naso-faringeo)

Pertanto, con la presente presto il consenso:

a sottopormi all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;

ovvero

a sottoporre il minore sopra indicato al test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;

ed altresì

DICHIARO

di essere consapevole che, in caso di positività del test antigenico, dovrò sottopormi al tampone molecolare e permanere a domicilio - in isolamento- in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto;

di essere consapevole che, in caso di positività del test antigenico, dovrò sottoporre il minore al tampone molecolare, nonché garantirne la permanenza domiciliare - in isolamento- in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Luogo e Data _____

Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR - e del D.Lgs. n. 196/2003)

Gentile interessato,

tratteremo i Suoi dati conformemente a quanto disposto dal regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dal D.Lgs. n. 196/2003, al fine di eseguire il test diagnostico rapido per il rilevamento qualitativo dell'antigene SAR-CoV-2 (Ag).

Titolare del trattamento dei dati che La riguardano è **Farma.Li. Srlu**, con sede in Livorno (LI), Piazza Grande n. 38. E-mail: farmali@farmali.it, pec: farma.li@cert.cna.it

Il Responsabile della protezione dei dati (*Data Protection Officer* - DPO -) è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: farmali@farmali.it.

I dati trattati a Lei riferiti sono:

- dati comuni (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza);
- dati di contatto (numero telefonico e indirizzo di posta elettronica);
- nominativo del Suo MMG/PLS;

- dati particolari idonei a rivelare lo stato di salute (nella specie, l'esito del test).

Oltre che per l'esecuzione del test, i suoi dati verranno trattati per adempiere ai connessi obblighi amministrativo-contabili e di Legge. La base giuridica del trattamento è pertanto rinvenibile nell'art. 9, p. 2, lett. g), h) e i) GDPR (rispettivamente motivi di interesse pubblico, motivi di diagnosi e cura, motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica), e nell'art. 6, p. 1, lett. c) GDPR (obblighi legali in capo al Titolare). Come indicato nelle "**Linee di indirizzo per la gestione del prelievo e delle analisi dei test molecolari, dei test antigenici e dei test sierologici per la diagnosi e lo screening delle infezioni da SARS-CoV-2**" (Allegato A alla delibera di Giunta Regionale n.61 del 1 febbraio 2021) sarà necessario inviare i Suoi dati alla **Regione Toscana**, per mezzo di un'apposita APP (#insalute) che è in grado di trasmettere in tempo reale l'esito del test al SISPC (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva). La Regione Toscana (Piazza Duomo 10, Firenze - FI - tel. 055/4382111) agisce in qualità di automa Titolare del trattamento e, per chiarimenti in materia di protezione dei dati, è contattabile ai seguenti indirizzi: regionetoscana@postacert.toscana.it o urp_dpo@regione.toscana.it.

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, pena l'impossibilità per Farmavaldera Srl di fornire la prestazione richiesta e perseguire le finalità sopra indicate.

Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la riservatezza, integrità e disponibilità di essi. Il Titolare tratterà i dati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità di cui sopra, fatti salvi gli eventuali termini di conservazione previsti da norme di legge o regolamenti, come anche previsto dal Considerando 65 GDPR (ad esempio la cartella clinica, unitamente ai relativi referti, va conservata illimitatamente).

Nessuno dei dati personali da Lei forniti sarà diffuso. Tuttavia, essi potranno essere comunicati a Enti pubblici e privati o Autorità competenti, i quali ne effettueranno il trattamento, seconda dei casi, in qualità di Responsabili del trattamento, o piuttosto in qualità di autonomi Titolari. Per quanto riguarda i soggetti individuati quali Responsabili del trattamento, Lei potrà richiedere la lista completa contattando il Titolare ai recapiti sopra indicati. I dati da Lei forniti potranno altresì essere trattati da personale autorizzato, che opera sotto l'autorità del Titolare o del Responsabile del Trattamento.

Non vi è intenzione, da parte del Titolare, di trasferire i Suoi dati in Paesi extra-UE o ad organizzazioni internazionali.

Alle condizioni e nei limiti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento (UE) 2016/679 Lei potrà in qualsiasi momento accedere ai Suoi dati personali, correggerli, aggiornarli, chiederne la cancellazione o la limitazione, opporsi al loro trattamento, revocare il consenso senza pregiudizio per la liceità del trattamento effettuato prima della revoca, scrivendo al Titolare del Trattamento mediante i canali di contatto sopra riportati. Potrà inoltre proporre reclamo al Garante Privacy.

Per Presa visione

Luogo e data, _____

Firma _____