



## 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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_