



# FARMACIA POZZI

SOCIETÀ BENEFIT

Esibire un documento di identità alla registrazione e al ritiro dell'esito. L'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di consegnare l'esito e la segnalazione alle autorità competenti.

## CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento (tipologia) \_\_\_\_\_ (numero) \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARO

- di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la FARMACIA POZZI SRL-SB in Bassano del Grappa (VI); disponibile anche su [www.farmaciapozzi.com/informativaulss7.pdf](http://www.farmaciapozzi.com/informativaulss7.pdf)
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.
- di essere consapevole che il titolare del trattamento dei dati è AULSS7
- di essere consapevole che il responsabile della protezione dati è contattabile alla mail: [rpd@aulss7.veneto.it](mailto:rpd@aulss7.veneto.it)

Esito digitale?  Sì  No Desidero l'invio digitale dell'esito ai recapiti mail/sms sopra indicati e libero la Farmacia da ogni responsabilità nel caso questi fossero errati o illeggibili

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

### MODULO PER MINORI

*compilare solo in caso di minore/incapace*

#### CONSEGNARE ALL'ACCETTAZIONE LA TESSERA SANITARIA DEL MINORE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ *come sopra identificato* \_\_\_\_\_ in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:  
(nome del minore) \_\_\_\_\_ (cognome del minore) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2, presso la Farmacia Pozzi srl-SB in Bassano del Grappa.





Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile (del genitore/tutore) \_\_\_\_\_

#### AVVISO IMPORTANTE: RICORDA LA TESSERA SANITARIA ORIGINALE

Registrare l'esito dei tamponi e scaricare le certificazioni, è una procedura laboriosa da fare su due diversi portali: quello della Regione Veneto e quello della Tessera Sanitaria. Questa procedura viene ulteriormente rallentata quando siamo costretti ad inserire tutti i dati manualmente per l'assenza della Tessera Sanitaria. Per questo motivo, al fine di non rallentare il servizio per gli utenti che hanno tutta la documentazione richiesta, **si avvisa che le registrazioni degli esiti senza Tessera Sanitaria verranno effettuate a fine servizio e comunque in coda agli altri utenti e con tempi di attesa indefiniti.**

**I PRENOTATI HANNO PRIORITÀ SUI NON PRENOTATI**



FARMACIA POZZI SRL SOCIETÀ BENEFIT • Via Scalabrini 102 • Bassano del Grappa (VI)  
Tel. 0424 503649 • [www.farmaciapozzi.com](http://www.farmaciapozzi.com) • seguici su:    

## PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA POZZI

progressivo

### DOCUMENTI DA CONSERVARE CON SCHEDA

<b>1</b>	<b>ESENTE VACCINO</b>	Trattenere certificato esenzione emesso da medico vaccinatore
<b>2</b>	<b>FINE QUARANTENA</b>	Trattenere certificato di quarantena del MMG o ULSS
<b>3</b>	<b>TAMPONE STUDENTE</b> <i>medie e superiori</i>	Trattenere ricetta con codice AIC 983790294
<b>4</b>	<b>TESTING CONTATTI SCOLASTICI</b> <i>elementari</i>	Trattenere documentazione ULSS o Istituto scolastico
<b>5</b>	<b>FINE ISOLAMENTO</b>	Trattenere certificato isolamento

NOME PAZIENTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TEST EFFETTUATO ALLE ORE \_\_\_\_: \_\_\_\_

CONTROLLO ALLE ORE \_\_\_\_: \_\_\_\_

ESITO: **NEG** **INDET.** **POS**

OPERATORE SANITARIO (*leggibile*):

TIPOLOGIA

**ANT**
**FLU**

**GRT**

AUTORIZZAZIONE

**NOTE:**

### CODIFICHE

<b>ORD</b>	<b>CAL</b>	<b>&lt;12</b>	<b>12-17</b>	<b>1 ESENTE VACCINO</b>
				<b>2 FINE QUARANTENA</b>
				<b>3 TAMPONE STUDENTE</b>
<b>CAS</b>	<b>POS</b>	<b>SAT</b>	<b>BUONI WELFARE</b>	<b>4 TESTING CON. SCOLASTICI</b>
				<b>5 FINE ISOLAMENTO</b>

**ALTRO:**

### PER LE AZIENDE

**AZIENDA:**

**DDT**

**FT. IMM.**

**PAGATO**

Sì

NO

**CAS**

**POS**

**BUONI WELFARE**

**ALTRO** (specificare)

**NOTE:**

OPERATORE AMMINISTRATIVO (*leggibile*):

**ACCETTAZIONE**

**REFERTO**