



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
- 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

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



progressivo

NOME _____

COGNOME _____

DATA ____/____/____

TEST EFFETTUATO ALLE ORE ____:____

CONTROLLO ALLE ORE ____:____

ESITO:

NEG

INDET.

POS

OPERATORE SANITARIO (*leggibile*):

TIPOLOGIA

ANT

FLU

GRT

AUTORIZZAZIONE

NOTE:

CODIFICHE

ORD

CAL

CAS

POS

SAT

BUONI WELFARE

ALTRO:

PER LE AZIENDE

AZIENDA:

DDT

FT. IMM.

RIC. PROV.

PAGATO

Sì

NO

CAS

POS

BUONI WELFARE

ALTRO (specificare)

NOTE:

OPERATORE AMMINISTRATIVO (*leggibile*):

ACCETTAZIONE

REFERTO