



**Adesione all'effettuazione del test diagnostico
(Consenso informato ex art.1, comma 3 della LEGGE 22 dicembre 2017 n.219.)**

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,

Cod. Fisc. _____, nato a _____ (____) il _____,

Residente in _____ (____), Via/Piazza _____, n. _____

Tipo di documento _____ n. _____

Tel./Cell _____, e-mail _____

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste in qualità di _____ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (DEL MINORE) _____

Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____

Dichiara di essere stato informato in modo esaustivo, nell'ambito di un colloquio con un operatore sanitario, sulle caratteristiche del test somministrato, sulle modalità di esecuzione dell'esame, sui benefici e sui rischi, sul significato dell'esito positivo o negativo del test e sulle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e esprime il proprio consenso informato all'effettuazione del test **TAMPONE PER RILEVAZIONE DEL BATTERIO STREPTOCOCCO**

Data _____ Firma leggibile _____

Informativa privacy (art. 13 del Regolamento 679/2016/UE - GDPR)

Il sottoscritto sopra indicato dichiara di aver preso atto dell'informativa privacy di cui all'art.13 del "General Data Protection Regulation", resa in Farmacia.

Data _____ Firma leggibile _____

**Ricezione del referto in formato digitale (*opzionale*)
Informativa e acquisizione del consenso (DPCM dell'8 agosto 2013, art.13 GDPR)**

Premesso che la farmacia offre il servizio opzionale di ricezione del referto in formato digitale *Via email, come file allegato al messaggio, all'indirizzo email indicato dall'utente* : mail: _____

Il sottoscritto sopra indicato, dopo essere stato edotto che

- 1) per aderire al servizio opzionale di consegna del referto in formato digitale, è necessario esprimere specifico consenso;
 - 2) la mancata espressione del consenso al ricevimento del referto in modalità digitale non preclude la possibilità di essere sottoposto al test e ricevere quindi il referto in formato cartaceo;
 - 3) il titolare del trattamento dei dati personali per la trasmissione del referto in modalità digitale è il titolare di farmacia che ha somministrato il test: FARMACIA POZZI SRL SOCIETÀ BENEFIT farmacia@farmaciapozzi.com Tel 0424.503649;
 - 4) I dati sono trattati solo ed esclusivamente per trasmettere il test in formato digitale e sono conservati per il tempo necessario a perseguire la finalità della raccolta nonché a rispettare le leggi di settore e in relazioni alle prescrizioni civilistiche;
 - 5) il paziente ha il diritto all'accesso ai dati personali e alla rettifica o cancellazione degli stessi o limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati e di proporre reclamo all'Autorità di controllo
- Esprime il consenso a ricevere il referto in formato digitale

Data _____ Firma leggibile _____



PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA POZZI

- Verifica dell'identità del paziente, da parte di farmacisti ovvero da parte di personale sanitario abilitato, nel rispetto delle modalità riportate nella scheda tecnica del prodotto in uso.
- Il farmacista o suo incaricato operatore sanitario, prima dell'esecuzione del test, fornisce informazioni adeguate all'utente, anche in forma orale, sulla tipologia di test da somministrare, su eventuali rischi e sul significato dell'esito positivo o negativo.

- TEST EFFETTUATO IL ALLE ORE
- OPERATORE:
- TEST UTILIZZATO:
- NOME COGNOME PAZIENTE:
- ESITO:

NEGATIVO

POSITIVO

GESTIONE AMMINISTRATIVA

PER LE AZIENDE

AZIENDA:

DDT

FT. IMM.

PAGATO

SÌ

NO

CAS

POS

BUONI
WELFARE

ALTRO (specificare)

NOTE: