

Analisi Gennaio
Via D. L. Sturzo
18/A 73057 tAVIANO

 **TAMPONE Molecolare**
 **TAMPONE Test Antigenico**
(Crociare l'esame da eseguire)

INDICARE LA MOTIVAZIONE
PER LA RICHIESTA

CONSEGNA RISULTATO

 CARTACEO

 MAIL _____

FATTURA INTESTATA A

 SOGGETTO RICHIEDENTE

 Azienda _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO
PER IL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI
Ai sensi del regolamento UE 2016/679

SIGNOR _____ - _____ NATO a _____ il _____

RESIDENTE _____ in Via _____

DOMICILIO _____ in Via _____

PROFESSIONE _____ Se dipendente azienda c/o cui lavora _____

COD.FISCALE _____ TEL. _____

MEDICO CURANTE _____ TEL _____

Informativa semplificata sul trattamento dei dati personali dei pazienti nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (Coronavirus) ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D.L. 9 marzo 2020, n. 14

Il Titolare del trattamento è Analisi Gennaio SRL_ srl con sede legale in Taviano alla Via _Don Luigi sturzo, 18/A_ ; indirizzo mail: centroanalisiitaviano@tiscali.it.I dati personali trattati sono i dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo (dati comuni, dati sanitari).In qualità di Titolare del trattamento desideriamo informarla, ai sensi dell'art. 13 del GDPR e della normativa nazionale applicabile, che i dati personali da Lei forniti mediante il presente modulo, saranno trattati nel pieno rispetto delle disposizioni legislative vigenti per la sola finalità di garantire la protezione dall'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione della malattia infettiva COVID-19. Il trattamento dei Suoi dati personali, inclusi quelli inerenti alla salute, è legittimo per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, in particolare la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre strutture sanitarie, pubbliche o private, o ad altri soggetti pubblici o privati ovvero potranno essere diffusi (ad esclusione di quelli particolari) esclusivamente nei casi in cui risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.I dati personali raccolti saranno conservati per il periodo strettamente necessario e non eccedente al perseguimento della finalità suindicata, salvo un ulteriore periodo di conservazione si renda necessario, ove normativamente consentito, per motivi di sicurezza, di tutela del patrimonio aziendale, per l'esercizio di diritti in sede giudiziaria nonché per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. Per esercitare i suoi diritti in qualità di interessato (tra cui accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento) potrà utilizzare i seguenti contatti, telefono: 0833911610 o rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali inviando un'e-mail a centroanalisiitaviano@tiscali.it. Potrà inoltre proporre reclamo all'Autorità di controllo. L'informativa estesa sul trattamento dei dati è resa disponibile presso la reception delle nostre sedi e/o può farne richiesta inviando un'e-mail a: centroanalisiitaviano@tiscali.it

AUTOCERTIFICAZIONE (EX DPR 445/2000)

Il sottoscritto _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal DPR n 445/2000,

CERTIFICA

Di **non essere Sintomatico** e che, secondo quanto stabilito dalla DGR 1705/2020, la richiesta per l'esecuzione del Tampone Covid-19 SARS -Cov-2 è giustificata da una delle seguenti motivazioni:

- Per motivi di lavoro**
- Per motivi di viaggio**
- Per richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica, già disciplinate da provvedimenti nazionali e regionali. ***

*(Ovvero di non essere sottoposto a procedimenti di sorveglianza sanitaria da parte della ASL di competenza).

DATA _____ PRESTA IL CONSENSO Firma _____

Firma del Tutore se minorenne: _____

IL REFERTO SARA' DISPONIBILE DOPO 24 / 36 ORE

PUO' ESSERE RITIRATO CARTACEO IN LABORATORIO DALLE 13.00 ALLE 15.00 DAL LUNEDI' AL VENERDI' O INVIATO VIA MAIL SU ESPRESSA RICHIESTA DELL'INTERESSATO

SI PREGA DI ASTENERSI DA RICHIESTE DI INFORMAZIONI SULL'ESITO DEL REFERTO PER VIA TELEFONICA

2	HA UNA STORIA DI VIAGGI O RESIDENZA IN AREE A RISCHIO TRA CUI CINA, PAESI ORIENTALI O EUROPEI, O COMUNQUE E' TORNATO IN ITALIA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, DOPO AVER SOGGIORNATO IN ZONE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO, COME IDENTIFICATE DALL'OMS?
	SI (QUANDO): NO
3	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA SOGGIORNATO IN REGIONI D'ITALIA CON FOCOLAI?
	SI (QUANDO): NO
4	HA AVUTO CONTATTO A RISCHIO CON UN CASO SOSPETTO O CONFERMATO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS NEGLI ULTIMI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI?
	SI (QUANDO): NO
5	HA ESERCITATO ATTIVITA' IN QUALITA' DI OPERATORE SANITARIO NEI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI O IN STRUTTURE CHE PRESTANO SERVIZI DI CURA E DI ASSISTENZA A PAZIENTI CON INFEZIONI RESPIRATORIE ANCHE ACUTE GRAVI E AD EZIOLOGIA NON NOTA?
	SI (QUANDO): NO
6	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI HA LAVORATO O FREQUENTATO UNA STRUTTRA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONI DA CORONAVIRUS?
	SI NO
7	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI HA AVUTO SINTOMI FEBRILI, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE?
	SI (QUANDO): NO
8	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI ALTERAZIONI DEL GUSTO E DELL'OLFATTO?
	SI (QUANDO): NO
9	SE HA RISPOSTO AFFERMATIVAMENTE ALL'ULTIMA DOMANDA INDICHI SE HA AVUTO BISOGNO DI CURE MEDICHE, SE HA DOVUTO SOSPENDERE L'ATTIVITA' LAVORATIVA O SE E' STATO OSPEDALIZZATO
	SI (QUANDO): NO
10	SI (QUALI): E' AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE? NO
11	SEI STATO IN QUARANTENA O ISOLAMENTO FIDUCIARIO O SEI SATO CONTATTO DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
	SI QUANDO: INDICARE LA MOTIVAZIONE: NO

Firma _____

I risultati positivi al test antigenico devono essere confermati con il test molecolare