

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 _____, 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 del significato dell'esito.

Esprime il proprio consenso informato all'effettuazione del test:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Analisi Pannello lipidico | <input type="radio"/> Tampone rapido Covid-19 |
| <input type="radio"/> Analisi Emoglobina Glicata | <input type="radio"/> Tampone streptococco |
| <input type="radio"/> Analisi Proteina C reattiva | <input type="radio"/> Test Natrix |
| <input type="radio"/> Analisi Albumina/creatinina | |

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
- Attraverso un download sul sito della farmacia, accessibile mediante specifiche credenziali di autenticazione

Il sottoscritto sopra indicato, dopo essere stato edotto che

- Per aderire al servizio opzionale di consegna del referto in formato digitale, è necessario esprimere specifico consenso
- 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
- 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 (*inserire contatti telefonico o email della farmacia*);
- 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 nonchè a rispettare le leggi di settore e in relazioni alle prescrizioni civilistiche;
- 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 _____