

Comune di Termoli

MODULO DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER LE ATTIVITÀ DI SCREENING COMUNALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2

UTENTE DA TESTARE:

COGNOME E NOME: _____ GENERE M F

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE (in stampatello): _____

COMUNE DI RESIDENZA: _____

INDIRIZZO: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

INDIRIZZO E-MAIL (in stampatello): _____

NOME DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: _____

ISTITUTO SCOLASTICO _____

IN QUALITÀ DI:

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Curatore

NOME E COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ IN/A _____

Consapevole che i presenti dati personali o della persona rappresentata, sono necessari per i seguenti motivi:

- per interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, ai sensi dell'art. 9, par. 2 lett. i) del GDPR;

- l'esecuzione di compiti di sicurezza e salute della popolazione, salvaguardia della vita e incolumità fisica, ai sensi dell'art. 2-sexies lett. u) del D. Lgs 196/03;

- per fini statistici e di ricerca scientifica, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. j) del GDPR.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening comunale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività.

FIRMA _____

Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato e mi obbligo a comunicare l'esito agli organi preposti, con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.

FIRMA _____

RISERVATO AL TEAM SANITARIO

POSTAZIONE _____ DATA E ORA _____

ESITO: NEGATIVO

POSITIVO

FIRMA OPERATORE _____