



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL COMUNICAZIONE
ESITO TAMPONI RINO-FARINGEI – STATO EMERGENZIALE DA CORONA VIRUS
ai sensi dell'art. 6 lett. A e 7 del R.E. 2016/679**

La Sig.ra / Il Sig. oppure il della Sig.ra / del Sig.

_____ nato/a
_____ il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____
C.F. _____ e-mail: _____

Generalità del _____

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta d'Identità Patente Passaporto Altro: _____

n. _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro via e-mail degli esiti dei tamponi rino-faringei, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di invio dei propri dati medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, nell'ambito delle attività connesse con l'emergenza COVID-19, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospenderne/ revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Palermo _____

Firma del Dichiarante



**REFERTO :
TEST ANTIGENICO RAPIDO , ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)**

RAPID TEST Device Cod. Lotto Scadenza il

Data _____ Ente USCA PTA _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente in via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

ESITO (mettere una crocetta nei test)
**POSITIVO
NEGATIVO
**INVALIDO

** Per i risultati invalido e/o positivi la struttura/ente dovrà essere eseguito il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura (a stampatello)

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____