

MODULO CONSENSO INFORMATO TEST COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____ nato il ___/___/___ a

_____ (___) e residente in Via _____

a _____ (___) Cod. Fis. _____

DICHIARA

- Di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- Di essere stato/a informato/a che i risultati del test saranno riservati e resi noti, oltre che al diretto interessato, esclusivamente al Dipartimento di Prevenzione ASL competente e al proprio Medico Curante come espresso dal Decreto Regionale

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 9 e del considerando 32 del Regolamento UE 679/2016)

Con la firma sottostante dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dal Centro Gamma di Montesarchio, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà anche dati "particolari" come definiti all'art. 9, ovvero dati relativi alla salute come definiti all'art. 4, p.ti 1) e 15) del Regolamento, ed esprime il suo **consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del test COVID-19**. Inoltre, acconsente all'invio del risultato del test svolto alla sua mail da parte della struttura e/o ad essere contattato telefonicamente.

Email (stampatello): _____

Telefono: _____

Luogo e Data: Montesarchio, ___/___/___

Firma leggibile: _____