

CONSENSO ALL'ESECUZIONE- TAMPONE CORONAVIRUS SARS-COV-2

Io _____ sottoscritto/a _____ Nato
a _____ il _____ C.F.: _____

Indirizzo _____ di
residenza _____

Recapiti _____ telefonici _____ e
mail _____

In qualità di:

ME STESS **GENITORE** **TUTORE**

LEGALE

di (inserire i dati del minore o soggetto terzo)

Nome e Cognome _____ Nato/a a
_____ il _____ C.F. _____

Recapiti telefonici e
mail _____

DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSEI **NON**

ACCONSENTO

All'esecuzione del tampone nasofaringeo e/o orofaringeo Coronavirus SARS- Cov-2
Acconsento inoltre alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici, nel
pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Dati relativi al Medico di Medicina Generale, Pediatra, Medico del lavoro.

Cognome e Nome del

medico_____

Recapito telefonico e

mail_____

ASL di appartenenza e Distretto

Sanitario_____

INFORMATIVA SULL'INDAGINE VIROLOGICA COVID-19 E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ESECUZIONE DI TAMPONE NASOFARINGEO E/O OROFARINGEO

Gentile Paziente,

attraverso la presente nota informativa le saranno fornite tutte le informazioni necessarie per l'esecuzione del tampone richiesto.

Informativa sull'indagine virologica: il tampone nasofaringeo e/o orofaringeo è un esame che consente di rilevare la presenza o meno del virus SARS-CoV2 che è l'agente eziologico del COVID 19. Il tampone è rapido ed indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso dato che è eseguito tramite un tampone ovattato che verrà inserito nella prima porzione della gola e/o nelle narici al fine di prelevare un campione di muco secreto nelle prime vie respiratorie.

Il test per la ricerca del virus nel campione prelevato può avere diversi esiti:

Positivo indica la presenza di una infezione accertata e comporta che il soggetto sia segnalato alla Autorità Sanitaria Competente anche per il tramite del proprio medico di base e/o medico competente del lavoro affinché ne sia disposto l'immediato *isolamento domiciliare* e sia avviata la procedura della *sorveglianza sanitaria*, nonché l'individuazione di *contatti* stretti in ottemperanza alla normativa vigente;

Negativo indica che dal campione prelevato non risulta presenza del virus SARS CoV 2.

Finalità del Trattamento dei Dati Personali e Titolare del Trattamento: il Trattamento dei Dati Personali è fondato sull'implementazione e sulla garanzia di efficienza dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, ii), lett. C) del DPCM 10 aprile 2020 e ss. modifiche ed integrazioni nonché sul Piano Regionale per lo screening di sorveglianza Covid-19 della Regione Campania e trova la sua causale nella prevenzione e nel contenimento del contagio da Covid-19. Il trattamento dei dati è necessario per autorizzare l'ingresso nel Centro e l'esecuzione dell'prestazione diagnostica richiesta. Titolare del trattamento è la rete laboratoristica (Hub) "Mavilab S.c.a.r.l." C.F. e P. Iva 08488101216, con i seguenti laboratori aggregati (Spoke):

"Mavis S.r.l." C.F. e P.Iva 07153721217;

"CMN Analisi Cliniche S.r.l." C.F. e P.Iva 06707001217;

"CMN Laboratorio di Analisi S.r.l." C.F. e P.Iva 05866261214.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E ALL'ESECUZIONE DI TAMPONE PER LA RILEVAZIONE DEL VIRUS SARS COV-2

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARO di

- aver preso visione della presente nota informativa e di essere pienamente consapevole che il tampone eseguito ha valore ai fini della informazione, ricerca e valutazione epidemiologica territoriale e regionale;
- aver compreso utilità, modalità di esecuzione e conseguenze in caso di esito positivo;
- autorizzare la rete laboratoristica "**Mavilab S.c.a.r.l.**" alla trasmissione dei dati e dei risultati all'Autorità Sanitaria Competente individuata secondo le disposizioni vigenti;
- aver fornito, mediante colloquio e sottoscrizione dei moduli di Triage dedicati, tutte le informazioni utili e necessarie per la valutazione all'esecuzione del tampone secondo quanto stabilito dai protocolli sanitari vigenti e dalle ordinanze e misure previste dal governo regionale per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19

ACCONSENTO l'esecuzione dell'indagine virologica tramite esecuzione di tampone nasofaringeo e/o orofaringeo secondo le modalità esposte e di:

- acconsentire espressamente al trattamento dei dati personali
- voler ricevere il referto al seguente indirizzo mail:

Torre Annunziata, lì _____

Firma dell'operatore

Firma del paziente, dei genitori e/o tutore
