

## 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: \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_