

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, via _____
documento di riconoscimento (tipologia) _____ (numero) _____
_____ Cell _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

- di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la FARMACIA POZZI DI POZZI PERTEGHELLA CHIARA in Bassano del Grappa (VI);
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Data _____ Firma leggibile _____

AVVISO IMPORTANTE: RICORDA LA TESSERA SANITARIA ORIGINALE

Registrare l'esito dei tamponi e scaricare le certificazioni, è una procedura laboriosa da fare su due diversi portali: quello della Regione Veneto e quello della Tessera Sanitaria. Questa procedura viene ulteriormente rallentata quando siamo costretti ad inserire tutti i dati manualmente per l'assenza della Tessera Sanitaria. Per questo motivo, al fine di non rallentare il servizio per gli utenti che hanno tutta la documentazione richiesta, **si avvisa che le registrazioni degli esiti senza Tessera Sanitaria verranno effettuate a fine servizio e comunque in coda agli altri utenti e con tempi di attesa indefiniti.**

I PRENOTATI HANNO PRIORITÀ SUI NON PRENOTATI

PARTE RISERVATA A FARMACIA POZZI																								
DATA ____/____/_____ TEST EFFETTUATO ALLE ORE ____:____ CONTROLLO ALLE ORE ____:____ ESITO: _____ OPERATORE SANITARIO: _____	<table border="1"><thead><tr><th colspan="4">CODIFICHE</th></tr></thead><tbody><tr><td>ORD</td><td>CAL</td><td>12-17</td><td>ESE</td></tr><tr><td>CAS</td><td>POS</td><td>SAT</td><td>WEL</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th colspan="3">AZIENDA/ORGANIZZAZIONE</th></tr></thead><tbody><tr><td>DDT</td><td rowspan="2">nome azienda</td><td>P S/N</td></tr><tr><td>FT IMM</td><td></td></tr><tr><td>CAS</td><td>POS</td><td>BON</td></tr></tbody></table>	CODIFICHE				ORD	CAL	12-17	ESE	CAS	POS	SAT	WEL	AZIENDA/ORGANIZZAZIONE			DDT	nome azienda	P S/N	FT IMM		CAS	POS	BON
CODIFICHE																								
ORD	CAL	12-17	ESE																					
CAS	POS	SAT	WEL																					
AZIENDA/ORGANIZZAZIONE																								
DDT	nome azienda	P S/N																						
FT IMM																								
CAS	POS	BON																						
NOTE: <table border="1"><tr><td>GRT</td><td>AUTOR.</td><td></td></tr></table>	GRT	AUTOR.		OPERATORE AMMINISTRATIVO _____																				
GRT	AUTOR.																							