

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____ mail _____

cellulare _____ codice fiscale _____

ultime 8 cifre tessera sanitaria _____ scadenza tessera sanitaria _____

dichiaro di:

- non avere sintomi riferibili a Covid-19 (febbre, tosse, mal di gola, mal di testa, naso che cola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare);
- di non essere sottoposto a provvedimenti di isolamento sanitario o quarantena;
- di non aver avuto contatti con soggetti COVID positivi negli ultimi 7 giorni.

FIRMA

DATA

TRATTAMENTO DEI DATI

I dati anagrafici, il codice fiscale, il numero di telefono, il nome del MMG/PLS e il risultato del test, sia positivo che negativo, saranno trasmessi al sistema di informativo della Regione Toscana e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza dell'epidemia da SARS-CoV-2.

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento è il titolare della farmacia CONVIVAS 2 con sede a CROCIATO in Via DE NICOLA 22 contatti (mail, etc...) comortale2@crociato.it

Il responsabile della protezione dei dati è raggiungibile ai seguenti punti di contatto; Email:

dpo@crociato.it pec:dpo@crociato.it Tel 0564 490667

Il titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati potranno essere trattati anche da personale incaricato del trattamento per le vie brevi.

Al fine di fornirle correttamente la prestazione sarà necessario inviare i Suoi dati alla Regione Toscana, per mezzo di un'apposita app. La Regione Toscana (Piazza Duomo 10, Firenze - FI - tel. 055/4382111) agisce pertanto in qualità di automa Titolare del trattamento e, per chiarimenti in materia di protezione dei dati, è contattabile ai seguenti indirizzi: regionetoscana@postacert.toscana.it o urp_dpo@regione.toscana.it.

Finalità e base giuridica del trattamento

La base giuridica del trattamento dei dati personali è dettata dal Regolamento EU 2019/679, art. 9, par. 2, lettera h) e i), e in quanto tale non necessita del Suo consenso.

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO
DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

Io sottoscritto/a _____ (nome) _____ (cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2.

Firma _____ data _____