



051.75.47.49

Via Risorgimento, 139 - Zola Predosa (BO)

[www.polisangiuseppe.it](http://www.polisangiuseppe.it) [info@polisangiuseppe.it](mailto:info@polisangiuseppe.it)

## INFORMAZIONI PER CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-COV2

COVID-19 è la sigla di Corona Virus Disease 2019, ovvero malattia dovuta all'infezione da Corona Virus causata da SARS-COV2 (correlata a sindrome respiratoria acuta). Il test molecolare RT-PCR, RT-LAMP e il test antigenico rapido:

- permettono di verificare la presenza del virus e, quindi, la possibilità di contagiare altre persone
- NON permettono di dare informazioni in merito allo stato immunologico, cioè presenza di difese immunitarie specifiche

**Si precisa che il Centro è Autorizzato a effettuare Test Covid (Aut.191 n.254/2021) e che:**

- il tampone sarà elaborato da Laboratorio Autorizzato dalla regione Emilia Romagna, che provvederà a inviare esito nei tempi previsti;
- l'esito sarà comunicato al Dipartimento di Igiene Pubblica;
- in caso positività o di contatto noto con positivo dovrà essere mantenuto lo stato di isolamento fiduciario, fintanto che non venga comunicato il prosieguo del percorso.
- siamo a disposizione con il nostro personale sanitario dedicato per ogni informazione.

### INFORMATIVA PRIVACY

Il Poliambulatorio Privato San Giuseppe s.r.l. con sede legale in Zola Predosa (BO), in persona del legale rappresentante p.t. è il titolare del Trattamento, che ha nominato ai sensi dell'articolo 37 GDPR come Data Protection Officer il Sig. Stancari Michele. Il Titolare tratta i dati per le seguenti finalità:

- Dati relativi allo stato di salute e dati genetici, dati biometrici e, in caso di necessità clinica per lo svolgimento di anamnesi remota, i dati relativi allo stato di salute dei Suoi familiari per l'espletamento delle prestazioni sanitarie in Suo favore e per ogni altra attività necessaria all'esecuzione di tali prestazioni e degli adempimenti da esse derivanti (come l'emissione o consegna dei referti, riscossione ticket SSN e denuncia Compagnia Assicurativa eventuale), finalità statistiche da attuarsi a cura della Regione Emilia Romagna nell'ambito dell'attività di programmazione sanitaria
- : Tale trattamento avviene in linea generale in forza dell'art. 9.2, lett h del GDPR e dell'art. 2 septies del Codice Privacy come modificato secondo cui non è più necessario il consenso esplicito per finalità di prevenzione, diagnosi e cura da parte del paziente. Il rifiuto a fornire i dati comporta l'impossibilità da parte nostra di adempiere agli obblighi contrattuali. Tali dati vengono conservati per massimo 20 anni.
- Dati fiscali, anagrafici e di contatto saranno usati per adempiere agli obblighi amministrativi/fiscali e per gestire il rapporto contrattuale in essere con il centro.  
- Questi dati vengono raccolti sulla base di un nostro obbligo legale e in quanto necessari per l'esecuzione del contratto. Il rifiuto a fornire i dati comporta l'impossibilità di adempiere agli obblighi contrattuali. Tali dati saranno conservati per massimo 10 anni dall'ultimo adempimento fiscale, come da legge.
  - in caso di necessità cliniche, i suoi dati potranno essere trattati esclusivamente dai seguenti soggetti esterni: suo medico curante e/o altri medici e/o personale sanitario per finalità di cura; · soggetti che realizzano prestazioni sanitarie in nome e per conto del Poliambulatorio; · consulenti esterni per l'espletamento delle attività amministrative, come la trasmissione delle fatture; · avvocati, periti ed assicurazione in caso di conflitto; · società debitamente incaricate, titolari e fornitrici dei sistemi gestionali ai fini di conservazione in cloud; · l'amministratore di sistema; · eventuali terzi pagatori quali assicurazioni e/ fondi sanitari; · altri soggetti pubblici (Azienda USL della città di Bologna Azienda Sanitaria Regionale) o accreditati che entrano in rapporto con la struttura sanitaria; · il laboratorio analisi incaricato della refertazione del tampone molecolare; · Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza o altri enti destinatari per legge o regolamento nei casi espressamente previsti dalla legge. I suoi dati non saranno trasferiti all'estero, né usati a fine di marketing.
  - In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali e informatici con ausilio e mediante utilizzo di sistemi e supporti informatici, anche in via telematica e anche facendo ricorso a strumenti automatici idonei a connettere i dati in questione con quelli di altri soggetti con logiche e forme di organizzazione dei dati strettamente correlate alla finalità di trattamento, e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, nel rispetto dei principi di cui al Codice Privacy e dell'art. 5 del Reg. UE 679/2016. In particolare, i trattamenti finalizzati all'espletamento di servizi sanitari saranno effettuati da medici/specialisti abilitati, direttamente o per il tramite del personale di questo Poliambulatorio appositamente incaricato, nel rispetto degli obblighi di riservatezza e segreto professionale previsti dal codice deontologico della categoria di appartenenza
  - Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, lei ha il diritto di accedere ai propri dati personali, di ottenere la rettifica e integrazione o di ottenere la cancellazione o la limitazione dei propri dati o di revocare il consenso; ha il diritto di ricevere i dati personali forniti in un formato di uso comune per trasmetterli a diverso titolare; ha il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali qualora ricorrano motivi connessi alla sua situazione personale e di ottenere comunicazione nel caso in cui i propri dati subiscano una grave violazione. Tali richieste potranno essere indirizzate al seguente indirizzo e-mail: [centro@polisangiuseppe.it](mailto:centro@polisangiuseppe.it).

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-COV2

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  maschio  femmina

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residenza a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

email (leggibile, in stampatello) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO d'IDENTITÀ N°: \_\_\_\_\_  PASSPORT  PATENTE GUIDA  C.IDENTITÀ

(domicilio attuale, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_)

- dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sanitaria e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo
- acconsento e chiedo espressamente l'invio del referto all'indirizzo mail sopra indicato
- dichiaro di essere stato edotto in merito e di aderire alle vigenti normative in materia di refertazione e procedure di gestione. In particolare sono a conoscenza che l'esito sarà comunicato al Dipart. di Igiene Pubblica e che, se positivo, o comunque in caso di contatto noto, manterrò l'isolamento, fino a comunicazione ufficiale dell'Autorità Sanitaria

**Il test è eseguito secondo le indicazioni vigenti e con kit validati per l'utilizzo nella regione Emilia Romagna**

Data \_\_\_\_\_

Firma per consenso informato e privacy \_\_\_\_\_  
(in caso di minore, firma di un genitore)