Poliambulatorio San Giuseppe
051.75.47.49
Via Risorgimento, 139 - Zola Predosa (BO)
www.polisangiuseppe.it 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:

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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

e. 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.

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, del quale certifico la piena e esclusiva disponibilità, anche privo di criptazione, per limitare gli spostamenti di persona per ritiro referto.

- 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)