

FARMACIA COMUNALE DI PORDENONE VIA CAPPUCCINI 11 - 33170 Pordenone		Data della prenotazione 23/09/2021
TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER LA SORVEGLIANZA COVID-19		
PRENOTAZIONE N.		[REDACTED]
Presentarsi con la seguente prenotazione il giorno indicato, con un documento di identità valido e con mascherina chirurgica indossata		data : 02/11/2021 ora : 16:00
Spazio riservato alla farmacia per riportare il risultato del test		
<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Dubbio

DATI IDENTIFICATIVI DELL'UTENTE	
Cognome	[REDACTED]
Nome	[REDACTED]
Codice Fiscale	[REDACTED]
Barcode del codice fiscale	[REDACTED]
Telefono cellulare per spedizione informativa mediante SMS	[REDACTED]
e-mail per spedizione attestato (non valido come DGC)	[REDACTED]
Motivo del test	5.8 SCREENING FARMACIE SOGGETTI ASINTOMATICI
Soggetto con età: 18+ anni Soggetto esentato dalla vaccinazione (art. 34 comma 9- quater L 106/2021) : NO	
MODALITA' DI CANCELLAZIONE DELL'APPUNTAMENTO	

L'utente è tenuto a cancellare per via telefonica l'appuntamento, rimanere a casa e mettersi in contatto con il medico curante nei seguenti casi:

- comparsa di sintomatologia potenzialmente riconducibile a COVID-19 (es: tosse, perdita dell'olfatto e/o del gusto, mal di gola, diarrea, dolori osteo-articolari di recente insorgenza, ecc.) o di febbre superiore a 37.5°C;
- essere entrato in contatto stretto (es: convivente, collega che condivide lo stesso ufficio, altro) con soggetto risultato positivo a SARS-CoV-2 nelle 48h precedenti all'esecuzione del test;
- essere convivente con soggetto sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena;
- essere sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena;

CONSENSO AL TEST ANTIGENICO RAPIDO		
Può essere presa visione dell' <i>Informativa sulle modalità di comportamento in caso di test positivo, dubbio o negativo</i> , dell' <i>Informativa sul test rapido antigenico SARS-COV-2 su tampone</i> e dell' <i>Informativa sul trattamento dei dati personali</i> al seguente indirizzo: https://fvg.gopencare.it/documenti/infocovid.pdf		
Avendo ricevuto informazioni complete sulle modalità di esecuzione e sulle caratteristiche dei Test, oltre che sul significato dei possibili risultati e dei comportamenti da tenere in materia di sorveglianza a tutela della salute pubblica:	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Dichiaro di essere stato informato circa il trattamento dei dati personali e di aver compreso che i miei dati personali e l'esito del mio tampone verranno inviati al Dipartimento di Prevenzione della mia Azienda Sanitaria competente. Fornisco il consenso al trattamento e alla comunicazione dei miei dati nei limiti, per le finalità e per la durata indicate	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Desidero ricevere l'esito del Test sotto forma di attestato all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.	<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data 01/10/2021

Firma del dichiarante