

### **Adesione all'effettuazione del test diagnostico**

(Consenso informato ex art.1, comma 3 della LEGGE 22 dicembre 2017 n.219.)

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_,  
(NOME) \_\_\_\_\_,  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_  
Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel./Cell \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato:

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato in modo esaustivo, nell'ambito di un colloquio con un operatore sanitario, sulle  
caratteristiche del test somministrato, sulle modalità di esecuzione dell'esame, sui benefici e sui rischi, sul significato dell'esito  
positivo o negativo del test e sulle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e esprime il proprio consenso informato all'effettuazione del test \_\_\_\_\_

*(indicare la tipologia di test)*

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Informativa privacy (art. 13 del Regolamento 679/2016/UE - GDPR)

Il sottoscritto sopra indicato dichiara di aver preso atto dell'informativa privacy di cui all'art.13 del "General Data Protection Regulation", resa in Farmacia.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_