

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La Regione Umbria, l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 e l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in qualità di autonomi Titolari del trattamento in base alle rispettive funzioni istituzionali, Le forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari che saranno trattati presso le Farmacie Pubbliche e Private Convenzionate per effettuare test diagnostici rapidi per SARS-CoV-2 in base all'Accordo approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 20 del 15 gennaio 2021.

Titolari del trattamento

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Via G. Guerra 21 - 06127 Perugia pec aslumbria1@postacert.umbria.it **Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Viale Bramante 37 – 05100 Terni pec aslumbria2@postacert.umbria.it **Regione Umbria**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Corso Vannucci, 96 - 06121 Perugia pec regione.giunta@postacert.umbria.it

Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

I Suoi dati saranno raccolti e trattati, per le finalità di cui: all'art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento UE 2016/679 (di seguito Regolamento) ovvero *“per finalità di medicina preventiva ... diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali ...”*; all'art. 9, par. 2) lett. i) del Regolamento ovvero *“per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali ...”*.

Natura del conferimento dei dati

Non è necessario prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h) ed i) del Regolamento.

Modalità di trattamento dei dati

I Suoi dati saranno trattati in modo corretto, lecito e trasparente, nel pieno rispetto della normativa in materia, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto il personale sanitario. La Farmacia presso la quale verrà eseguito il test è stata designata Responsabile del trattamento dei dati.

Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

Comunicazione dei dati

I Suoi dati possono essere comunicati a soggetti pubblici o privati coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, i quali agiscono in qualità di Responsabili del trattamento; al Ministero della Salute per finalità di propria competenza; all'Azienda Sanitaria di residenza (se diversa da quella di accesso); a Scuole, Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria.

In particolare, ai sensi della Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 8 gennaio 2021 gli esiti dei test antigenici saranno inseriti dai Farmacisti nel sistema informativo regionale CUP.

Diritti dell'interessato

Per l'esercizio dei Suoi diritti, secondo quanto previsto dagli articoli da 15 a 22 del Regolamento e per tutte le ulteriori informazioni relative al trattamento dei Suoi dati, può scrivere alla casella mail o pec dei Titolari del trattamento ovvero alla casella mail dei Responsabili della Protezione dati dpo@regione.umbria.it - dpo@pec.uslumbria1.it - dpo@pec.uslumbria2.it

La informativa estesa della Regione dell'Umbria è disponibile sul sito web

<https://www.regione.umbria.it/privacy1>.

La informativa estesa dell'AUSL n. 1 è disponibile sul sito web <https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy>

La informativa estesa dell'AUSL n. 2 è disponibile sul sito web <https://www.uslumbria2.it/pagine/privacy>

Farmacia Luciani s.n.c.
Via Stroz Zacapponi 88F
06132 Castel del Piano (PG)
P.I. 01964140543

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO
Test rapido su campioni nasali per Coronavirus SARS-CoV-2

In considerazione del colloquio effettuato con il/la Dott./dott.ssa preposto/a all'effettuazione del test chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti inerenti l'esame test rapido che valuta la presenza dell'antigene del nuovo coronavirus in campioni di tamponi nasale e aspirato nasale, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti,

Io sottoscritto/a	
Nato a	
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Indirizzo e.mail (SCRIVERE IN STAMPATELLO)	

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di (da compilare in caso di minore)

Nome e cognome	
Nato a	
Codice fiscale	
Che frequenta la Scuola	
Classe	

Acconsento

Non Acconsento

all'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test. Dichiaro, inoltre di aver letto l'informativa sul trattamento dei miei dati personali e l'informativa sul trattamento sanitario, che mi è stato spiegato in ogni sua parte; di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

- Autorizzo specificatamente la Farmacia Luciani s.n.c. alla trasmissione del risultato e al conseguente tracciamento del relativo Test per VIRUS SARS-COV2 mediante Piattaforma Informatica Regionale di riferimento al competente Ufficio della ASL e Regione.
- A sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Dichiaro altresì

Di non aver avuto negli ultimi 10 giorni contatti stretti con persone affette da Covid 19

Di non avere febbre superiore a 37,5°

Di non avere sintomatologia respiratoria

Di non avere sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (anosmia)

Data _____

Firma _____