



## CONSENSI E DICHIARAZIONI

I sotto riportati consensi e le dichiarazioni devono essere obbligatoriamente forniti al fine di sottoporsi all'esame:

Io sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

MAIL / PEC \_\_\_\_\_

RES. IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

- Dichiaro di non essere attualmente né in stato di isolamento fiduciario né in quarantena;
- Dichiaro di essere stato/a informato/a delle modalità esecutive del test diagnostico e di aver compreso il significato dei suoi risultati;
- Manifesto la volontà a sottopormi all'esecuzione del tampone antigenico rapido per tramite la farmacia MARINETTI e di aderire al percorso definito in caso di positività
- Autorizzo la farmacia ad inviare all'indirizzo e-mail (posta certificata o, in assenza, porta ordinaria) da me indicato il risultato, che mi impegno a comunicare al MMG o PLS o ASL
- **Esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali sulle piattaforme Gopen e ATTRA 2**

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Ai sensi della D.G.R. Abruzzo n. 190/2021, nonché ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679, il consenso "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri".

Il titolare del trattamento è il titolare della farmacia FARMACIA MARINETTI DR. CARLO

Firma Carlo Marinetti data \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché delle sanzioni previste dall'Art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33

DICHIARO

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del COVID-19 vigenti in Italia e, in particolare, delle prescrizioni contenute al riguardo nei diversi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_