

MODULO DI CONSENSO INFORMATO VIAGGIATORI

Per praticare TAMPONE ORO-NASO FARINGEO per ricerca SARS-COV-2

CODICE

Gentile Signora/Signore, l'<u>Azienda Sanitaria Locale</u> a cui lei afferisce, in qualità di <u>Titolare</u> del trattamento dei dati, La informa che i Suoi dati personali, laddove accettasse di sottoporsi al tampone, sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 ("Regolamento") e del D. Lgs 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/2018. Tenuto conto che l'emergenza sanitaria da COVID-19 impone trattamenti dei dati in aggiunta alla prassi ordinaria, Le fornisce le seguenti informazioni al riguardo:

TITOLARE	Ai sensi degli artt. 4 e 24 del Regolamento il Titolare del Trattamento ("Titolare") è l'ASL di riferimento nelle rispettive sedi legali.
DATA PROTECTION	Ai sensi degli articoli 37 e 39 del Regolamento, l'ASL di riferimento ha un suo Responsabile della Protezione dei Dati ("RPD").
TIPOLOGIA DI DATI	Per le finalità sottoindicate potranno essere trattate le seguenti categorie di dati: - Dati personali anagrafici propri e di persone conviventi; - Dati personali sulla professione, attività lavorativa e luoghi di lavoro; - Zona di provenienza e/o transito, nonché mappatura degli spostamenti; - Dati del domicilio di isolamento fiduciario; - Dati relativi alla salute e relativo monitoraggio; - Dati giudiziari.

SCRIVERE IN STAMPATELLO

lo sottoscritto (Nome)	(Cognome)	Nato a	
II / Codice	e Fiscale		I
Residenza (Comune)	Prov. () Via	CAP	
Nel caso il domicilio dove sarà espletata	la quarantena obbligatoria sia diverso dalla resi	idenza indicare:	
Domicilio (Comune)	Prov. () Via	CAP	
Telefono Cellulare: Prefisso internazionale (se numero estero)	Numero		I
Email			
Atterrato nell'aeroporto di Napoli Capoc	dichino in data odierna alle ore co	on volo proveniente da	
Numero volo	compagnia aerea		

Consapevole di dovermi sottoporre al tampone oro-naso faringeo per la ricerca in diagnostica molecolare di SARS-COV-2 ai sensi e per gli effetti del DPCM del 2 Marzo 2021;

MI IMPEGNO

- a segnalare il mio arrivo al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL competente per territorio;
- a sottopormi, a prescindere dall'esito del tampone, alla sorveglianza sanitaria e all'isolamento fiduciario per un periodo di quattordici (14) giorni a partire da oggi presso la residenza/domicilio sopra indicati, come previsto dal DPCM del 2 Marzo 2021.

	<u>DICHIARO</u>
li aver avuto l'opportunità di porre domande chia	ampone esaurienti spiegazioni in merito alla procedura; arificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti; e oro-naso faringeo mediante comunicazione da parte della mia ASL di appartenenza.
lapoli, lì//	FIRMA DEL DICHIARANTE