



Farmacia Dott.ssa Daniela Onofri

Sede 1931 Valle Muricana
Via di Valle Muricana 369, 00188 Roma
Tel. 3938426253- mail: farmaciaonofri@libero.it



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. Fiscale _____ nato a _____ (____)
Il _____ Tipo di 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. Fiscale (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, sulle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario ed esprime il proprio consenso informato all'effettuazione di:

- Elettrocardiogramma
- Holter Cardiaco
- Holter Pressorio
- Tampone Nasofaringeo
- Tampone Orofaringeo
- Vaccino per :
 - Influenza
 - Covid
 - Pneumococco
- Analisi del Sangue

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 _____