



## COMUNE DI CAMPOMARINO

### SCREENING GRATUITO SU BASE VOLONTARIA

#### Modulo richiesta Tampone antigenico rapido per il rilevamento qualitativo SARS-Co-V.2

Con la presente si richiede di effettuare il tampone antigenico rapido per il rilevamento qualitativo SARS-Co-V.2. L'iniziativa si svolgerà in modalità DRIVE-IN presso il parcheggio adiacente al Palazzetto dello Sport, Via Carlo Alberto dalla Chiesa.

#### ANAGRAFICA CITTADINO

(compilare ogni campo in stampatello)

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
_____	_____	_____

COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA
_____	_____	_____

COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA	INDIRIZZO DI RESIDENZA
_____	_____	_____

TELEFONO 1	TELEFONO 2	INDIRIZZO e-MAIL
_____	_____	_____

#### Dati del MEDICO CURANTE

NOME MEDICO CURANTE	TELEFONO	INDIRIZZO e-MAIL
_____	_____	_____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel modulo ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



# Comune di Campomarino

(Provincia di Campobasso)

“Palazzo degli Uffici “Paolo Cammilleri”

Via Favorita, 26 – CAP 86042 Tel. 0875-5311

PEO: [urp@comunecampomarino.it](mailto:urp@comunecampomarino.it) PEC: [urp@pec.comunecampomarino.it](mailto:urp@pec.comunecampomarino.it)



## INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO

(ex art. 13 GDPR 2016/679)

### TRATTAMENTO DATI SANITARI

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è il **Comune di Campomarino**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Sede: **via Favorita, 26 – 86042 - Campomarino (CB)**

Telefono: **0875 -5311** e-mail: [urp@comunecampomarino.it](mailto:urp@comunecampomarino.it)

### FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Test di siero prevalenza Covid 19	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.) Dati inerenti lo stato di salute	L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)

### DESTINATARI

I suoi dati potranno essere eventualmente inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

- Autorità sanitarie locali e nazionali.

### DURATA DEL TRATTAMENTO

La durata del trattamento è determinata come segue:

La conservazione dei risultati dei test è illimitata nel tempo.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre alle informazioni sopra riportate, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento;
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento;
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it));

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento secondo le finalità riportate di seguito:

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla suddetta finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:*

*diniego domanda di ESAME SANITARIO*

Località e Data

Firma dell'Interessato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_