

MODULO DI ADESIONE**SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI**

fac-simile modulo editabile su sistema Tessera Sanitaria

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa _____
 titolare o direttore tecnico o legale rappresentate della “struttura sanitaria” _____
 Indirizzo della “struttura sanitaria” _____
 Comune _____
 Provincia _____
 Azienda Sanitaria di riferimento _____

DICHIARO

- di aderire, senza possibilità di recedere sino al 30 settembre 2021, al Protocollo di Intesa, di cui all’articolo 5 del decreto-legge 23 luglio 2021 n. 105, sottoscritto dal Commissario Straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell’emergenza epidemiologica COVID-19 d’intesa con il Ministro della Salute per la somministrazione di test antigenici rapidi da effettuare all’interno della sopraccitata struttura sanitaria;
- di accettare la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.
- di impegnarmi a praticare il prezzo massimo al pubblico di € 8,00 per i minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni e € 15,00 per gli utenti di età maggiore o uguale a 18 anni;
- di impegnarmi all’invio telematico al Sistema Tessera Sanitaria, anche per il tramite dei sistemi informativi regionali, dei dati dei test antigenici rapidi effettuati (specificando in particolare il codice della struttura sanitaria e il codice del test effettuato, nonché la segnalazione dei test effettuati ai sensi dell’art. 34, comma 9-quater del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106), secondo le modalità previste dal DPCM 17 giugno 2021 inerente agli aspetti tecnici relativi al Sistema Tessera Sanitaria, ovvero secondo quanto previsto dai sistemi/portali regionali in coerenza con quanto previsto dal Sistema Tessera Sanitaria, nonché di essere consapevole che la mancata trasmissione dei citati dati determinerà l’impossibilità di ricevere il contributo dello Stato previsto dal Protocollo di Intesa;
- che il dott./i dott. _____
 procederanno alla somministrazione dei test antigenici rapidi.
- di essere in possesso degli apprestamenti occorrenti sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza per la corretta conduzione delle attività di somministrazione dei tamponi antigenici rapidi.

Data _____

Firma _____