

**CERTIFICAZIONE PRELIEVO DOMICILIARE**

(da consegnare debitamente compilato e sottoscritto all'ASST Melegnano e della Martesana)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....

(qualifica)..... n. iscrizione ordine .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

**Dichiara**

- di aver informato correttamente l'utente sulla procedura del prelievo biologico da eseguire, verificandone la comprensione ed acquisendo il suo consenso informato al trattamento, e di aver comunicato che le relative informative sono reperibili sul sito Aziendale all'indirizzo [www.asst-melegnano-martesana.it](http://www.asst-melegnano-martesana.it), *HOME PAGE – AVVISI IMPORTANTI – ICONA PUNTI PRELIEVI*;
- di aver eseguito personalmente l'identificazione dell'utente, garantendo che sono stati rispettati i tempi e le modalità per il corretto trasporto dei campioni secondo le indicazioni fornite e contenute nel Manuale degli esami di laboratorio;
- di aver proceduto all'esecuzione del prelievo secondo le procedure indicate dal Laboratorio, utilizzando provette e contenitori idonei forniti dal Laboratorio Analisi;
- di aver smaltito i rifiuti potenzialmente infetti, secondo le indicazioni del Laboratorio Analisi;
- di essere consapevole del fatto che i dati dell'utente, di cui l'ASST Melegnano e Martesana è titolare, dovranno essere trattati con la massima riservatezza, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio, e che sarà chiamato a rispondere in caso di violazione di dati personali per comportamenti contrari a quanto previsto dal Regolamento Ue n. 216/679 (GDPR).

DATA ESECUZIONE PRELIEVO ..... ORA DI ESECUZIONE .....

SEDE CONSEGNA PRELIEVO ..... ORA CONSEGNA .....

**IDENTIFICAZIONE UTENTE**

NOME e COGNOME	DOCUMENTO IDENTITA'	CODICE FISCALE

Data.....

Firma del Prelevatore (firma leggibile)

.....



## CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO BIOLOGICO A DOMICILIO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

in qualità di amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

informato riguardo il tipo di trattamento medico-diagnostico da eseguire e precisamente riguardo:

Prelievo Biologico;

DICHIARO di (barrare la scelta):

ACCETTARE

NON ACCETTARE

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il prelievo biologico.

Data .....

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

(firma leggibile)

.....

### Allegati:

- fotocopia di: Tessera Sanitaria e/o tessera di esenzione e/o tessera TEAM per i cittadini europei e/o codice S.T.P. per i cittadini extracomunitari dell'utente sottoposto al prelievo;
- fotocopia Documento d'Identità dell'utente;
- fotocopia Documento d'Identità del prelevatore.