SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

MODULO RICHIESTA REFERTO TAMPONE PER POSTA ELETTRONICA

E.MAIL DI DESTINAZIONE: *referti.tamponi@uslcentro.toscana.it*

L'esito del tampone, cioè la sola valutazione di positività o negatività del test, può essere consultato dal proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta entro un termine di 24/72 ore dal prelievo. Qualora fosse necessario il referto del laboratorio, occorre scaricare con analoghe tempistiche il documento informatico mediante una delle seguenti modalità:

- Portale referti all'indirizzo: *https://referticovid.sanita.toscana.it*
  L'accesso avviene previa registrazione di identificazione e un OTP inviato mediante sms.
- Fascicolo Sanitario all'indirizzo: *http://fascicolosanitario.regione.toscana.it*
  L'accesso al fascicolo avviene con tessera sanitaria attivata, SPID o con Carta di Identità Elettronica.

In caso di mancato esito o referto dopo 72h è possibile segnalare l'anomalia mediante il presente modulo.

AVVERTENZA: non verranno prese in considerazione le richieste di referto per tamponi eseguiti nelle 72 ore precedenti la compilazione del modulo* online.

Il sottoscritt_ _____ _____
nome cognome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | telefono (cellulare)_____

e-mail (a questo indirizzo sarà inviato il referto) _____

residente/domiciliato in via _____, comune _____ Prov.____

RICHIEDO

l'invio per posta elettronica, all'indirizzo mail sopra indicato, del referto del tampone effettuato il giorno _____,
presso (indicare la località del drive-through o indicare il nome e l'indirizzo del presidio dove è stato fatto il tampone)

_____

per: ☐ me stesso/a ☐ figlio/a ☐ persona di cui sono tutore ☐ altra persona che mi ha delegato

_____
nome cognome

luogo di nascita _____ data di nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

ALLEGO

- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ
- EVENTUALE DELEGA

DICHIARO quanto sopra consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale (art. 495 c.p.) e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sanitari, relativamente alla consegna del referto del tampone/test, cifrato e protetto da una password, all'indirizzo di posta elettronica ordinaria sopra da me indicato

DICHIARO di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt.13 e 14 del Reg.UE 2016/679 e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo, autorizzando l'Azienda USL Toscana Centro all'utilizzo dei dati sulla base della modalità di consegna selezionata.
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

Data_____ Firma _____

*il modulo deve essere compilato integralmente