

DECLARACIÓ RESPONSABLE D'ACCÉS A L'AUTO TEST ANTIGÈNIC RÀPID O TAR**Dades de l'usuari:**

Nom i cognoms:

Data de naixement:

DNI/NIE/PASSAPORT :

CIP:

Telèfon de contacte (*omplir només en cas de resultat positiu*):**Dades del representant legal en cas de menor de 16 anys o incapacitat:**

Nom i cognoms:

Telèfon de contacte:

DNI/NIE/PASSAPORT:

Amb la signatura d'aquest document declaro:

1.- Que em trobo en alguna de les situacions següents:

☐ He rebut la convocatòria enviada per la Direcció General de Joventut/per l'entitat o empresa organitzadora de l'activitat de lleure atès que treballo en el lleure educatiu d'estiu o participo en activitats de lleure educatiu d'estiu i em trobo en una de les franges d'edat incloses en el programa de TAR voluntari a les oficines de farmàcia: de 10 a 15 anys (sempre acompanyats per un adult responsable) o de 16 anys en endavant.

☐ He adquirit un test d'autodiagnòstic a la farmàcia i faig una demanda individual d'atenció farmacèutica privada (en el cas de menors de 16 anys, sempre acompanyats per una adult responsable)

2.- Que no soc contacte estret d'una persona amb COVID-19 i no tinc cap dels següents símptomes compatibles amb la malaltia: febre, tos, sensació de manca d'aire o altres símptomes com rinitis, dolor articular, odinofàgia (dolor a l'empassar), anòsmia (pèrdua d'olfacte), agèusia (pèrdua de gust), dolors musculars, diarrees, dolor toràcic, exantema, cefalea.

3.- Que em sotmeto lliurement a la prova d'auto test d'antigen ràpid (TAR) segons el protocol descrit entre el Departament de Salut i el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, i per part del farmacèutic se m'ha proporcionat la següent informació:

a) Haig d'obtenir la mostra del frotis nasal seguint les instruccions del/de la farmacèutic/a, que m'ajudarà en tot moment.

b) Haig de proporcionar la mostra que he obtingut al/la farmacèutic/a que la inclourà en el dispositiu de reacció.

c) El resultat de l'auto test s'incorporarà mitjançant el sistema d'informació establert al Registre de Vigilància Epidemiològica de Catalunya responsabilitat del Departament de Salut.

d) Que el resultat del test el podré consultar a l'espai personal de salut digital de La Meva Salut.

e) Si el resultat és positiu, he de seguir les instruccions d'aïllament que m'indiqui el/la farmacèutic/a i confirmar el meu telèfon mòbil de contacte per tal de reportar els meus contactes estrets seguint les instruccions rebudes.

f) Que puc obtenir més informació sobre el procés que haig de seguir i la importància de seguir totes les indicacions al Canal Salut.

Municipi i data.....

Signatura de l'usuari o del seu representant legal (en el cas de ser menor de 16 anys o incapacitat)

A omplir pel titular de la Oficina de farmàcia

Dades del titular de l'oficina de farmàcia

Nom i cognoms:

DNI:

Telèfon fix:

Adreça postal:

CP:

Municipi:

Codi UP:

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

Informació bàsica sobre protecció de dades del tractament: Vigilància Epidemiològica de Catalunya

Responsable del tractament: Departament de Salut

Finalitat: L'intercanvi d'informació sanitària i vigilància epidemiològica a través de la comunicació entre la xarxa assistencial de Catalunya i els serveis de vigilància epidemiològica, amb la finalitat de recollida, anàlisi, interpretació, recerca i difusió de la informació relacionada amb l'aparició i l'extensió de malalties i problemes de salut i els seus determinants, per tal d'aconseguir-ne el control efectiu i donar una resposta ràpida davant d'alertes i emergències en salut pública.

Drets de les persones interessades: Podeu sol·licitar l'accés, la rectificació, la supressió, l'oposició o la limitació del tractament de les vostres dades adreçant-vos al Departament de Salut (travessera de les Corts, 131-159, 08028 Barcelona) o, en format electrònic, mitjançant la petició genèrica disponible al web Tràmits gencat.

Informació addicional sobre aquest tractament: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/proteccio-de-dades/registre-dactivitats-de-tractament/.