

**Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico rapido  
(tamponi nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 – SARS-Cov-2 Antigene**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e residente  
In \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Codice.Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e reperibile al seguente  
recapito telefonico diretto \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

I recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test.

In qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di pagina 1 (pagina per il paziente), inerente il TEST ANTIGENICO (tamponi nasofaringeo), in particolar modo riguardo al significato dell'esito e delle azioni conseguenti,

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sotto esposto, ad effettuazione di test antigenico (tamponi nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Il/la sottoscritto/a (sopra indicato) dichiara di avere letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Reg. EU 679/2016) e di essere consapevole che il mancato consenso impedirà l'esecuzione dell'analisi e di conseguenza :

autorizza la comunicazione dei risultati alle Autorità competenti

(consenso facoltativo) autorizza a rendere partecipe dei risultati il Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_