

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico rapido

(tampone 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 (tampone 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 (tampone 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 _____