

Modello di consenso informato per l'adesione volontaria al tampone rapido Minori

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente in _____ Via _____ con codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____

_____, indirizzo e-mail (*) _____ **genitore/tutore** di _____ nato a _____ il _____ (*) **i recapiti**

sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.i.i.

- che il proprio medico curante è il dott. _____ di _____
- che provvederà in caso di esito positivo e/o dubbio a comunicarlo immediatamente agli organini competenti.
- che autorizza a contattare il medico di base per eventuali comunicazioni relative all'esito del test

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 Ag RAPIDO

Di seguito le specifiche circa l'esito volontario del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- l'adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
- il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
- la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone molecolare;
- la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
- in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

Data _____

Firma _____

ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 Ag RAPIDO ALLE CONSEGUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO

Data _____

Firma _____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation"

Data _____

Firma _____

Si allega documento d'identità e tessera sanitaria