

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

eventuale domicilio (se diverso dalla residenza):

città _____ prov. _____ via _____ n° _____

dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel documento "INFORMATIVA TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2" e di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto/a.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test.

Recepita l'informazione ricevuta,

Acconsento

Non acconsento

All'esecuzione del test che seguirà i percorsi procedurali descritti nell'informativa e all'invio da parte di Centro Medico by Salus dei miei dati (sopra elencati) congiuntamente al risultato del test al Dipartimento di Prevenzione competente.

Data _____

Firma del paziente _____

Inoltre, in caso di positività al test antigenico rapido per SARS CoV-2,

Autorizzo

Non autorizzo

il Centro Medico By Salus ad effettuare il Tampone Molecolare per SARS-COV-2 e in caso di positività dello stesso, ad inviare i miei dati (sopra elencati) tramite posta elettronica certificata (PEC) al Dipartimento di Prevenzione competente (tramite laboratorio FRIULI CORAM).

In attesa dell'esito del tampone molecolare di conferma, mi impegno a pormi in **ISOLAMENTO FIDUCIARIO**.

Data _____

Firma del paziente _____

In caso minore:

Nome e Cognome del minore _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____

Nome e Cognome Operatore Sanitario: _____

Firma Operatore : _____