

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO (SARSCOV-2)

COGNOME			
NOME			
DATA DI NASCITA			
LUOGO DI NASCITA			
COMUNE DI RESIDENZA			
INDIRIZZO			n.
TELEFONO			
E-MAIL			
GRAVIDANZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON NOTO <input type="checkbox"/>
MALATTIE CRONICHE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ESENZIONE DAL VACCINO	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
SINTOMI	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

Il sottoscritto _____ dichiara sotto la propria responsabilità di richiedere, a proprie spese, l'esecuzione del test finalizzato alla ricerca antigenica Sars-Cov2 su tampone nasale per uno dei seguenti motivi:

- Motivi di lavoro
- Motivi di viaggio
- Sorveglianza scolastica
- Motivo non sanitario

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Dichiara inoltre in qualità di interessato genitore tutore altro _____ di aver preso visione del documento contenente le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e della normativa nazionale vigente in materia e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute.

Acconsente all'esecuzione del Tampone nasale per la ricerca antigenica-SARS Cov-2, accettando l'eventuale trasmissione degli esiti a mezzo e-mail, il trasferimento al medico di famiglia e alle autorità sanitarie a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

- Presta il consenso Nega il consenso

Firma

Data: ___/___/_____
