

Data _____

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE TAMPONE ANTIGENICO PER SARS-CoV-2

Io sottoscritto/a _____ Nato il _____ a _____
Codice fiscale _____
Domiciliato a _____ Provincia _____ Cap _____ Via _____ N. _____
Residente a _____ Provincia _____ Cap _____ Via _____ N. _____
Documento di identità _____ Nr. _____ Rilasciato il _____ da _____
Telefono cellulare: _____ e-mail: _____

Condizioni cliniche: Sintomatico Asintomatico
Ha già eseguito dei tamponi in precedenza? Sì No

DICHIARO

Di aver ricevuto tutte le informazioni relative all'esame TEST ANTIGENICO PER SARS-CoV-2. In particolare :

- ✓ Sono a conoscenza del fatto che l'esecuzione del test è su base volontaria;
- ✓ Mi è stato spiegato lo scopo del test;
- ✓ Mi sono stati spiegati i limiti del test, e sono consapevole che il test NON sostituisce il test molecolare, unico definitivamente diagnostico come da Circolare Ministeriale 9/3/2020 s.m.i.;
- ✓ Sono stato informato che in caso di esito positivo i risultati saranno trasmessi alle autorità competenti in conformità agli obblighi vigenti finalizzati al contenimento del contagio.

Dichiaro inoltre di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dati pubblicata sul sito internet di CMD Centro Medico,

tutto ciò premesso

ACCONSENTO

all'esecuzione del TEST ANTIGENICO PER SARS-CoV-2 e chiedo di poter accedere al servizio di refertazione on line accedendo con le credenziali che mi fornirete.

Firma dell'interessato _____

INOLTRE

ACCONSENTO

a che i risultati di tale indagine siano comunicati ai Referenti dei luoghi in cui lavoro, ai fini della valutazione delle opportune misure aziendali di contenimento del contagio.

Firma dell'interessato _____

Timbro e Firma del Sanitario _____