

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI TEST PER NUOVO CORONAVIRUS 2019 (SARS-COV-2) E AL TRATTAMENTO DATI PROPOSTI DAL COMUNE DI CHEREMULE

Io sottoscritto (Dati identificativi dell'utente che si sottopone al test)

Nome..... cognome: F M nato/a a:
..... in provincia di:Il | | codice fiscale:
..... telefono: residente a:
..... in provincia di: C.A.P.: via/vicolo/piazza:
..... numero civico: domiciliato a:
in provincia di: C.A.P.: via/vicolo/piazza: numero
civico:

Compilare il riquadro sottostante solo in caso di paziente minore o incapace:

Io/noi sottoscritto/i:

Cognome.....Nome.....nato/a.....
..... Prov..... il
Cognome.....Nome.....nato/a.....
..... Prov..... il

consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

DICHIARO/IAMO

sotto personale responsabilità, ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000, n.445, di essere:

- GENITORE/I ALTRO e quindi esercente/i sul paziente la
 Rappresentanza Legale Responsabilità Genitoriale [esclusiva condivisa]
(Compilare solo in caso di assenza di uno dei genitori)

DICHIARO/IAMO

- Dopo aver avuto accesso alla "informativa ai test sierologici per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)" e alla "informativa sul trattamento dei dati personali relativo ai test per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)", proposti dal Comune di Cheremule(SS), avendola letta e compresa, preso atto di utilità, limiti e modalità di esecuzione dell'analisi proposta, consapevole del fatto che in caso di esito positivo del test sarà necessario sottoporsi al test virologico (tampone naso-faringeo),
- che il consenso potrà essere ritirato in qualsiasi momento e senza alcuna conseguenza, preso atto della su-estesa informativa ai sensi dell'art.13 del Reg.UE 2016/679,

ACCETTO/IAMO di sottopormi/re il paziente al seguente test per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2).

- Test immunocromatografico in vitro per il prelevamento rapido e qualitativo SARS-COV-2 in Campioni da tampone
 Test rapido Covid-19 IgG IgM per rilevazione qualitativa di IgG e IgM anti Sars.Cov-2 in campioni di sangue intero, siero o plasma umano.

DICHIARO/IAMO INOLTRE DI

- Acconsentire al trattamento dei dati personali, sensibili e biologici.
- Volere essere informato/i circa i risultati dell'analisi.
- Acconsentire ad essere ricontattato/i telefonicamente o tramite posta elettronica per ulteriori indagini sul mio/nostro stato di salute.

(firma leggibile)

RECAPITO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

nome: cognome: telefono:
..... e-mail:

