

**MODULO CONSENSO ESECUZIONE TEST ANTIGENE RAPIDO/SIEROLOGICO
E TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

IO SOTTOSCRITTO/A

LAST FIRST
Cognome e Nome _____

BORN PLACE DATE DOCUMENT (ID or PASSPORT)
Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Cell/ *PHONE* _____

Email _____

(PAZIENTE MINORENNE) *UNDER 18*

In qualità di genitore di: *ASA PARENT OF :*

LAST FIRST
Cognome e Nome _____

BORN PLACE DATE DOCUMENT
Nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

PRESTO IL CONSENSO:

-all'esecuzione del tampone antigenico rapido/test sierologico **SI** **NO**

DICHIARO:

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;
- di non presentare sintomi riconducibili a infezione da COVID-19;
- di assumermi la responsabilità, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti
- di comunicare al medico/pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, il risultato del test antigenico, se positivo.

Autorizzo ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il consenso al trattamento dei dati personali forniti.

DATA	LUOGO	FIRMA

NB: In mancanza della sottoscrizione del consenso non sarà erogata la prestazione.