

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

**il/la sottoscritto/a**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ sesso M  F   
indirizzo \_\_\_\_\_ città : \_\_\_\_\_  
numero di telefono \_\_\_\_\_ medico di famiglia : \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
Scuola e Classe \_\_\_\_\_

**dichiaro**

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso
- ✓ Di autorizzare al trattamento dei miei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 23 D.L.gs.

**dichiaro pertanto di**

**VOLERMI** sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

**mi impegno a**

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rino-faringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

**devo**

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo e tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

**PRESTO IL CONSENSO**

**NEGO IL CONSENSO**

luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ESITO DEL TEST**

test eseguito in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ESITO**

POSITIVO

NEGATIVO

firma dell'operatore che ha eseguito il test Tampone Antigenico \_\_\_\_\_