

Autocertificazione
(art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Con questo modello è possibile presentare una autocertificazione stati, qualità personali e fatti che riguardano il firmatario (art. 46 del DPR n. 445/2000, ved retro).

Il/la Sottoscritto/a _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita: ____/____/____
(Comune, Provincia o Stato estero)

Residente a: _____ Indirizzo: _____

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

DI PRENDERE PARTE ALLA COMPETIZIONE SPORTIVA

CHE SI TERRÀ PRESSO

IN DATA

IN QUALITÀ DI

Luogo e data: _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) _____

A seguito della lettura di quanto sopra riportato Le chiediamo di sottoscrivere il presente consenso informato all'esecuzione del tampone rinofaringeo compilando il seguente modulo in maniera chiara. Il modulo dovrà essere consegnato al personale sanitario al momento dell'esecuzione del test.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

Io Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) Il giorno ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ (Prov. _____)
In (Via/Corso) _____ n _____
Indirizzo email: _____
Telefono _____

IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE:

Padre/madre/tutore legale _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ (Prov. _____)
In (Via/Corso) _____ n _____

- **Esprimo il mio consenso alla raccolta, conservazione e utilizzo del materiale biologico e al trattamento dei dati personali a seguito del prelievo del campione prelevato al sottoscritto in data odierna o prelevato a mio/a figlio/a/minorenne o a soggetto sottoposto alla mia tutela**
- **Sono consapevole che un eventuale esito positivo comporta l'isolamento fiduciario immediato in attesa delle indicazioni del medico curante e/o delle autorità sanitarie.**
- **Sono consapevole che un risultato positivo debba essere comunicato tempestivamente al medico curante.**
- **Sono consapevole che il risultato del mio test verrà comunicato alle autorità sanitarie per fini epidemiologici nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679).**
- **Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del covid-19.**

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso il significato del test e si impegna a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere.

Firma del richiedente il Test _____

Se minorenne:

nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello e Firma:

Firma dell'operatore _____ Data: ____ / ____ / ____