



**Espressione e acquisizione del consenso informato:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di

avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame di screening richiesto. Di essere a conoscenza delle possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

**DICHIARA**

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del Test rino-faringeo rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS - Cov-2, acconsentendo dalla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

**Cognome e Nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso**

\_\_\_\_\_

**Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il Test**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DELL' UTENTE**

**TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO**