

MODULO PER MINORI

Presentare in originale la tessera sanitaria di chi si sottopone al test
**CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER
LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19**
(Compilare con i dati del minore e la firma del genitore)

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____

Nato a _____ Prov _____

il _____ residente in _____ Prov _____

via _____

email _____ Cell _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

- di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso il centro di esecuzione del test rapido antigenico indicata in calce.
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Data _____ Firma leggibile del genitore/tutore _____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:

(nome) _____ (cognome) _____

Codice Fiscale _____

documento di riconoscimento (tipologia) _____ (numero) _____

Nato a _____ Prov _____ il _____

residente in _____ Prov _____

via _____

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2

Data _____ Firma leggibile del genitore/tutore _____

I PRENOTATI HANNO PRIORITÀ SUI NON PRENOTATI

PARTE RISERVATA AL SANITARIO ESECUTORE

TEST EFFETTUATO ALLE ORE _____

CONTROLLO ALLE ORE _____

OPERATORE SANITARIO: _____

SEDE:

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO

ESITO

POSITIVO

NEGATIVO

- 1) Conferma di guarigione a seguito di positività, no sintomi da 3 giorni
- 2) Contatto stretto asintomatico (Tampone Rapido)
- 3) Progetto Scuola Sicura (Tampone Rapido)
- 4) Test Volontario da parte del cittadino