

## CONSENSO INFORMATO TAMPONE RAPIDO COVID-19

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di

Me stesso  Genitore  Tutore

Di _____, nato/a a _____ (nome e cognome) il _____, C.F. _____
--

### DICHIARO

Di aver letto e compreso l'informativa e

Acconsento  Non acconsento

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS-CoV2 Tampone rapido, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Recapiti del medico curante (qualora non sia possibile registrarli nel sistema informatico di accettazione):

nome e cognome

nome e cognome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_;

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_