

Test diagnostico rapido per il rilevamento qualitativo dell'antigene SAR-CoV-2 (Ag)

Il Sottoscritto _____ Nato a _____

Il _____ CF _____

residente in _____ Prov _____

Via _____

Tel. _____ mail _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____

DICHIARA

- di aver avuto la possibilità di richiedere precise e dettagliate informazioni in merito alla procedura esecutiva del test (tampone naso-faringeo) e di essere pienamente consapevole che il test può comportare esiti di falso negativo o falso positivo;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso;
- di esprimere il mio consenso alla esecuzione del test rapido per il rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2 (Ag) ("Coronavirus");
- di essere stato informato che l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 in merito al trattamento dei dati personali è consultabile nei locali sanitari tramite affissione pubblica.

MI IMPEGNO

- in caso di **RISULTATO POSITIVO** a pormi in autoisolamento in attesa di ricevere precise indicazioni dai competenti uffici dell'Azienda sanitaria.

Data e luogo _____ Firma _____

Firma Infermiere _____

Risultato del Test

Negativo

Positivo

Incerto