



PROGETTO 5T GERREI

CONSENSO AL TEST TAMPONE ANTIGENICO "JUS CHEK COVID 19 ANTIGEN RAPID TEST"

Il/La sottoscritto/a

Nome:	Cognome		
Codice Fiscale:			
Nato/a a:	in data:		
Residente a:	Via:	n°	
Cellulare n°:	mail:		

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 10 della legge 675/96, **acconsente al trattamento dei dati personali**, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 22 della legge citata e che verranno trattati nel rispetto della medesima legge.

CONSENSO INFORMATO PER DIAGNOSI E CURE

Richiede ed acconsente che venga eseguito il TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO COVID 19, consapevole che se il test risultasse positivo è obbligato ad attraversare un periodo di quarantena da concordarsi con l'ATS ed il medico di base.

Dichiara che le spiegazioni fornite sulle procedure diagnostiche e sui possibili rischi connessi e sui risultati conseguibili sono state chiare e comprensibili, e di avere la facoltà e l'opportunità di chiederne ulteriori in ogni momento da ora fino al termine delle procedure.

DICHIARA

- 1) di non aver avuto nelle ultime due settimane sintomi quali: febbre, tosse o altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, dispnea a riposo o sotto sforzo, alterazioni del gusto e/o dell'olfatto. Di non aver avuto vomito, diarrea, o altri disturbi gastrointestinali.
- 2) di non essere consapevole di positività al coronavirus (SARS-COV2)
- 3) di non trovarsi nello stato di quarantena fiduciaria o obbligatoria
- 4) di non essere entrato in contatto con soggetti aventi le caratteristiche di cui al punto 1/2/3 della presente dichiarazione

SI IMPEGNA

- 1) ad attendere la comunicazione contenente l'esito del test senza avere contatti con altre persone

Data: Firma paziente (leggibile).....

ESITO DEL TEST

Orario Effettuazione Test-----: ----- Orario Esito Test-----: -----

Data:

Medico Certificatore timbro e firma