



**CONSENSO INFORMATO
TEST SIEROLOGICO
COVID-19**

Mod 2K
Rev. 3 del 26.02.2022

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____, telefono _____
residente in _____ via _____
nome e cognome del medico curante _____

in qualità di:

<input type="checkbox"/>	ME STESSO
<input type="checkbox"/>	GENITORE
<input type="checkbox"/>	TUTORE

Di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)
nome e cognome _____
nato/a a _____, il _____
codice fiscale _____

DICHIARO di aver letto e compreso l'informativa e ACCONSENTO al trattamento dei dati ai sensi dell'Art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 (GCPR) per l'esecuzione del **TAMPONE RINO-FARINGEO per la ricerca dell'antigene SARS-CoV-2**

Motivo per cui eseguo il tampone:

- sono sintomatico
- sono un contatto di persona positiva
- devo accedere a strutture mediche
- per fine isolamento a seguito di positività accertata nel precedente tampone antigenico in data _____
- per fine isolamento a seguito di positività accertata nel precedente tampone molecolare in data _____
- altro

a tal fine dichiaro:

- di essere vaccinato con 3 dosi o 2 dosi da meno di 120 gg
- di essere vaccinato con 2 dosi da più di 120gg
- di non essere vaccinato

Data ____/____/____

Firma _____