



ALLEGATO A3 DGR n. 1864 del 29 dicembre 2020

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____
Via _____

Codice Fiscale _____ e
reperibile al seguente recapito **telefonico** diretto * _____
Indirizzo *e-mail* _____

Tipo di **documento** _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data _____

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia LA NATIVITÀ
(denominazione) Via ENRICO FERMI N° 1, Comune di Castello di Godego (TV)
e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

ed esprimo 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.

DICHIARA

di richiedere l'esecuzione del tampone perché:

- sono sintomatico
- sono un contatto di persona positiva (tampone rapido)
- sono un contatto stretto e devo fare il tampone di fine quarantena
- sono Covid positivo e devo fare il tampone di fine isolamento
- devo accedere a terapie mediche, ricoveri, diagnostica, ecc.
- altro (specificare) _____

Data _____ Firma leggibile _____