

## **MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

### **SOMMINISTRAZIONE VOLONTARIA TEST RAPIDO ANTIGENICO**

Io sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
Mansione lavorativa \_\_\_\_\_  
Eventuali patologie \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

di essere stato/a informato/a e avere compreso quanto segue:

- ✓ Il significato di tale test riportato nella presente INFORMATIVA nonché l'utilizzo dei dati personali a tal fine raccolti ed esplicitati nella stessa e relativa al trattamento dei dati personali.
- ✓ Le modalità di esecuzione del test rapido antigenico e il significato dei possibili risultati del test
- ✓ L'adesione al percorso deve essere integrale effettuando in caso di positività al test rapido antigenico pronta segnalazione al proprio Medico di Medicina Generale, sottoporsi successivamente alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e agli accertamenti previsti per il caso
- ✓ In caso di risultato positivo del test rapido antigenico i dati anagrafici del paziente, il telefono, il referto, la data di avvio dell'isolamento fiduciario dovranno essere comunicati alla ATS (Azienda Tutela Salute) di residenza del paziente;
- ✓ Potranno essere previste eventuali ripetizioni degli accertamenti, secondo indicazioni dell'ATS ovvero eventuali variazioni del percorso in relazione a nuove evidenze scientifiche.

#### **DICHIARA ALTRESI**

- 1) di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- 2) di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- 3) di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso;
- 4) di non trovarsi attualmente in isolamento o quarantena.

#### **ACCONSENTE**

**a sottoporsi volontariamente al Test STANDARD Q COVID-19 Ag Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-CoV-2.**

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

#### **IN CASO DI MINORE**

#### **ACCONSENTE**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**possa sottoporsi all'esecuzione del Test STANDARD Q COVID 19 Ag Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-CoV-2.**

Data \_\_\_\_\_ Firma genitore del minore \_\_\_\_\_