**Consenso al Test Antigenico rapido COVID-19**

***Il sottoscritto:***

|  |
| --- |
| Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***In qualità di:***

|  |
| --- |
| * **genitore/tutore legale di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (soggetto da sottoporre a tampone)  Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* **ESPRIME IL CONSENSO INFORMATO ALL’EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO**

**COVID-19 DEL PRORIO FIGLIO/A**

* **DICHIARA CHE L’ALTRO GENITORE E’ STATO INFORMATO ED ACCONSENTE ALL’EFFETTUAZIONE DEL TEST (in caso di presenza di un solo genitore)**
* **IN CASO DI POSITIVITA’ DEL TEST I DATI VERRANNO TRASMESSI AL Servizio D’ Igiene e Sanità Pubblica dell’AV3 PER QUANTO DI COMPETENZA E PER IL PROSEGUO DELL’ITER PREVISTO IN CASO DI SOGGETTO POSITIVO**

Civitanova, 16/01/2022 Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISERVATO AL TEAM-SANITARI**

|  |
| --- |
| **Esito del test**  **🞏 NEGATIVO 🞏 POSITIVO** |

Firma del sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_