**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_