

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

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento (tipologia) \_\_\_\_\_ (numero) \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previstedagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARO

- di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la sede di effettuazione del test antigenico rapido indicata in calce;
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

## AVVISO IMPORTANTE: RICORDA LA TESSERA SANITARIA ORIGINALE

Registrare l'esito dei tamponi è una procedura laboriosa da fare su due diversi portali: quello della Regione Piemonte e quello della Tessera Sanitaria. Questa procedura viene ulteriormente rallentata quando siamo costretti ad inserire tutti i dati manualmente per l'assenza della Tessera Sanitaria. Per questo motivo, al fine di non rallentare il servizio per gli utenti che hanno tutta la documentazione richiesta, **si avvisa che le registrazioni degli esiti senza Tessera Sanitaria verranno effettuate a fine servizio e comunque in coda agli altri utenti e con tempi di attesa indefiniti.**

## I PRENOTATI HANNO PRIORITÀ SUI NON PRENOTATI

PARTE RISERVATA AL SANITARIO ESECUTORE	
TEST EFFETTUATO ALLE ORE _____  CONTROLLO ALLE ORE _____  OPERATORE SANITARIO: _____	SEDE:          <b>CRITERIO EPIDEMIOLOGICO</b>
<b>ESITO</b>  <input type="checkbox"/> <b>POSITIVO</b>  <input type="checkbox"/> <b>NEGATIVO</b>	1) <input type="checkbox"/> Conferma di guarigione a seguito di positività, no sintomi da 3 giorni 2) <input type="checkbox"/> Contatto stretto asintomatico (Tampone Rapido) 3) <input type="checkbox"/> Progetto Scuola Sicura (Tampone Rapido) 4) <input type="checkbox"/> Test Volontario da parte del cittadino