

Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

TESTING RIPETUTO - Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test molecolare Salivare per la sorveglianza Covid-19

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,

Cod. Fisc. _____, nato a _____ (_____) il _____,

Residente in _____ (_____), Via/Piazza _____, n. _____,

Tel./Cell _____, e-mail _____,

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

in qualità di _____ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (DEL MINORE) _____

Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____

Dichiaro

- di esser stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test MOLECOLARE con tampone SALIVARE per la sorveglianza Covid-19
- di accettare che il test venga ripetuto ogni 14 giorni e quindi di aderire al percorso di testing ripetuto
- di essere consapevole delle misure di isolamento in caso di positività del test e delle relative misure di quarantena per i contatti del caso

Data _____
Date

Firma leggibile _____
Signature

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation",

Data _____

Firma leggibile _____