

## CONSENSO INFORMATO (test antigenico/ sierologico)

Io sottoscritto/a	
Nato/a a	il
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare personale	
Medico prescrittore	Cell. Medico prescrittore
Azienda di appartenenza (solo se il test è richiesto dal Medico Competente)	

In qualità di genitore/tutore di (da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo):

Nome e cognome	
Nato a	il
Codice fiscale	

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico/sierologico per la ricerca di SARS-CoV-2;
- in caso di positività del test a sottopormi a test molecolare di conferma;
- di permanere in isolamento fiduciario fino all'esito negativo del test molecolare, eseguito successivamente alla positività del test antigenico/sierologico;
- in caso di test molecolare positivo, a permanere a domicilio in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_