

CONSENSO INFORMATO PER TAMPONE MOLECOLARE SARS-CoV-2

L'INTERESSATO/PAZIENTE

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

DOC. DI RICONOSCIMENTO _____

N. DOC. DI RICONOSCIMENTO _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

EMAIL _____

IL GENITORE/TUTORE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a
_____ in via _____ N° _____ CAP _____

Documento N° _____ rilasciato da _____, tel _____

e-mail _____

DICHIARA

che i dati sopra riportati sono veritieri;

di aver compreso di essere stato sottoposto a test molecolare per la ricerca dell'acido nucleico (RNA) SARS-COV-2 e che il risultato del test può essere utilizzato quale diagnosi di infezione o meno da COVID-19.

DICHIARA INOLTRE

di autorizzare i **Laboratori Clinical's** ad utilizzare i propri dati anagrafici, anamnestici e i risultati del test, qualora dovessero essere richiesti dalle autorità competenti, per scopi statistici e/o legati al contenimento della pandemia da COVID-19.

Che è consapevole che al di fuori del succitato caso, i propri dati saranno sempre trattati nel rispetto della normativa sulla privacy.

- **acconsento di essere sottoposto all'esecuzione del tampone molecolare Covid-19**
- **non acconsento di essere sottoposto all'esecuzione del tampone molecolare Covid-19**

Luogo, Data

Firma
