



## CONSENSO INFORMATO PER TAMPONE ANTIGEN RAPID TEST 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 rapido per la ricerca dell'antigene nucleocapsidico(N) SARS-COV-2 e che il risultato del test non può essere utilizzato quale diagnosi di infezione o meno da COVID-19, diagnosi che allo stato attuale potrà essere formulata esclusivamente con la ricerca del genoma virale da tampone faringonasale;

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

Luogo, Data

Firma

---