**Consenso informato per l’effettuazione** **del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all’effettuazione del test***

***In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:***

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs***

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell’esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l’esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

* l’adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
* la positività al test comporta l’attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell’esito, delle procedure dispositive l’isolamento domiciliare fiduciario del soggetto, sulla base della normativa vigente;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

**Dichiaro di aver preso visione dell’Informativa sopra riportata**

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

**ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo**

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

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell’informativa di cui all’Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

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