

Screening Covid 19

(NEL CASO DI NUCLEO FAMILIARE OCCORRE COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI COMPONENTE)

TEST COVID-19 – MODULO CONSENSO

Persona da testare:

Cognome _____ Nome _____ M F
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale (in stampatello) _____
Comune di residenza _____
Indirizzo _____ N.ro _____
Recapiti telefonici _____
e-mail (in stampatello) _____
Nome del medico di Medicina Generale _____

In qualità di:

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Curatore

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Dichiaro di aver ricevuto dall'incaricato all'esecuzione del Test esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Data e luogo _____

Firma: _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma: _____

Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato o tramite sistemi di refertazione on-line e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.

Firma: _____

RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Postazione _____ Data e ora _____

Esito: NEGATIVO

POSITIVO

Firma operatore _____