

Farmacia Luciani s.n.c.  
Via Stroz Zacapponi 88F  
06132 Castel del Piano (PG)  
P.I. 01964140543

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO Test rapido su campioni nasali per Coronavirus SARS-CoV-2

In considerazione del colloquio effettuato con il/la Dott./dott.ssa preposto/a all'effettuazione del test chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti inerenti l'esame test rapido che valuta la presenza dell'antigene del nuovo coronavirus in campioni di tamponi nasale e aspirato nasale, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti,

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	Indirizzo e.mail (SCRIVERE IN STAMPATELLO)
Medico Prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza (solo se il test è richiesto dal Medico Competente)	

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di (da compilare in caso di minore)

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 per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

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

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;

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

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

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