

Consenso informato

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____/____/____

Residenza _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice fiscale _____

Telefono/cellulare _____

e-mail _____

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del Serological Test COVID-19 (test rapido) per la rilevazione degli anticorpi di classe IgG ed IgM anti SARS-CoV-2;
- a sottopormi, in caso di positività del test rapido sierologico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Dichiaro altresì:

- di non aver avuto negli ultimi 10 giorni contatti con persone affette da Covid-19;
- di non avere febbre superiore a 37.5°;
- di non avere sintomatologia respiratoria;
- di non avere altri sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (anosmia);
- di essere/non essere stato sottoposto a vaccinazione antiCovid 19;
- di avere/non avere contratto infezione da coronavirus SARS-CoV-2.

Autorizzo il trattamento ai miei dati personali, ai sensi del decreto legislativo del 30/06/2003/ n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi e per effetti delle disposizioni negli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del predetto DPR 445/00 dichiaro che le informazioni indicate nel presente modulo corrispondono a verità.

Data _____

Firma _____