



COMUNE DI VILLA SANTANGELO

**TEST COVID-19 – MODULO CONSENSO**

**Persona da testare**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Genere M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (in stampatello) \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo 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 \_\_\_\_\_ in/a \_\_\_\_\_

Curatore

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in/a \_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver ricevuto, 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 Comunale, 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 \_\_\_\_\_