

CONSENSO TAMPONE PER LA RICERCA COVID-19

La Sig.ra / Il Sig. _____

nato/a _____ il ___/___/___ residente a _____

in Via/Piazza _____ cellulare _____

C.F. _____ E-MAIL _____ @ _____

◆ per sé medesimo

◆ esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno) _____

Di _____ nato/a _____ il ___/___/___

residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE ◆ Carta di Identità ◆ Passaporto ◆ Altro
_____ N° _____ rilasciato
da _____**MOTIVO RICHIESTA:**

COVID-19 PREGRESSO SI (data _____) NO

Tamponi eseguiti in precedenza SI NO

Data ___/___/___ luogo _____

ILI nelle recedenti due settimane (ILI: sindrome simil influenzale) SI NO

Conviventi con tamponi positivi SI NO

Conviventi con ILI SI NO

Altre situazioni particolari _____

ACCONSENTO NON ACCONSENTO **AFFINCHÉ II RISULTATO DELL'ESAME VENGA INSERITO NEL PORTALE REGIONALE DEDICATO
(Il mancato consenso impedisce l'esecuzione dell'esame)**ACCONSENTO NON ACCONSENTO

affinché i miei dati relativi allo stato di salute siano comunicati al mio Medico di Medicina Generale

Dott. _____ telefono _____

Firma Paziente _____

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore) _____

Firma sanitario _____

Data ___/___/___