

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio <i>(se diverso da residenza)</i>	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza <i>(solo se il test è richiesto dal Medico Competente)</i>	

In qualità di genitore/tutore di *(da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)*:

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/SIEROLOGICO per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di **positività del test dovrà sottopormi a test molecolare di conferma DA EFFETTUARE o durante la stessa seduta o presso l'asl.**
- DI permanere in isolamento FIDUCIARIO fino all'esito negativo del test molecolare, eseguito successivamente alla positività del test antigenico/sierologico.

- 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 _____