

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI AD EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASALE) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19-Ag-RDTs

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ (____) il _____
E residente in Via/Vicolo/Piazza _____ a _____
con codice fiscale (*) _____
Recapito telefonico (*) _____
indirizzo e-mail (*) _____
Nome del Medico curante (*) _____

(*) I recapiti sono obbligatori per poter effettuare il test

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test, sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- L'adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;
- L'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasale rapido;
- Il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- La positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- La positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale.

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____ Firma leggibile _____

Esprimo la mia adesione informata all'effettuazione di test antigenico rapido Covid-19Ag-RDTs e, in caso di esito POSITIVO, autorizzo l'inoltro via telematica del referto firmato elettronicamente dal Direttore Sanitario Dr. Giorgio Patron del Centro Salus Veneto S.r.l..

Data _____ Firma leggibile _____