



CONSENSO TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO MINORI

**EFFETTUATO DAL LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA DI FRANCESCA MULAS SRL -
PER CONTO DEL COMUNE DI MONSERRATO**

Io sottoscritto _____ C.F. _____

Nato a _____ Prov. (____) il _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____ E-mail _____

genitori del minore _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

DICHIARA

- ✓ di essere stato informato circa l'opportunità di sottoporsi facoltativamente al test "tampone rapido antigenico per l'identificazione di anticorpi del Virus SARS-COV2" proposto dal Laboratorio di patologia Clinica di Francesca Mulas – Dir. San. Dott. Tinti Enrico per conto del Comune di Monserrato
- ✓ di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti dall'incaricato del Servizio;
- ✓ di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se sottoporsi al Test;
- ✓ di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso;
- ✓ di essere altresì consapevole che, in caso di **RISULTATO POSITIVO**, dovrà rimanere al proprio domicilio e contattare il proprio Medico di famiglia;
- ✓ di tenersi in contatto con il Servizio di Igiene Pubblica durante il decorso dell'isolamento/quarantena anche al fine di programmare gli eventuali tamponi di avvenuta guarigione presso gli ambulatori COVID dell'ATS Sardegna;

A tal fine

ESPRIME NON ESPRIME

il Suo LIBERO CONSENSO alla effettuazione del test.

Data: ____/____/____

Firma: _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) , con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali.

Luogo e data, _____ -- ____/____/____

(firma leggibile)



CONSENSO TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO

**EFFETTUATO DAL LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA DI FRANCESCA MULAS SRL -
PER CONTO DEL COMUNE DI MONSERRATO**

Io sottoscritto _____ C.F. _____

Nato a _____ Prov. (____) il _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____ E-mail _____

DICHIARA

- ✓ di essere stato informato circa l'opportunità di sottoporsi facoltativamente al test "tampone rapido antigenico per l'identificazione di anticorpi del Virus SARS-COV2" proposto dal Laboratorio di patologia Clinica di Francesca Mulas – Dir. San. Dott. Tinti Enrico per conto del Comune di Monserrato
- ✓ di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti dall'incaricato del Servizio;
- ✓ di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se sottoporsi al Test;
- ✓ di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso;
- ✓ di essere altresì consapevole che, in caso di **RISULTATO POSITIVO**, dovrà rimanere al proprio domicilio e contattare il proprio Medico di famiglia;
- ✓ di tenersi in contatto con il Servizio di Igiene Pubblica durante il decorso dell'isolamento/quarantena anche al fine di programmare gli eventuali tamponi di avvenuta guarigione presso gli ambulatori COVID dell'ATS Sardegna;

A tal fine

ESPRIME NON ESPRIME
il Suo LIBERO CONSENSO alla effettuazione del test.

Data: ____/____/____

Firma: _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali.

Luogo e data, _____ -- ____/____/____

(firma leggibile)