



Azienda Provinciale di Ragusa

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame di screening richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

- ACCONSENTE NON ACCONSENTE

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO