



Laboratorio Diagnostico
Dottori Sebastiano e Claudio Canfora s.r.l.
Chimica Clinica – Batteriologia – Dos. Ormonali
Viale S. Martino, is. 56 n. 315 Messina – Tel 090-2932413 090-696452
P. IVA : 02108290830

CONSENSO INFORMATO PER TEST SIEROLOGICO E/O TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO

Il/La Sottoscritto/a _____ C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non essere posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva o perché affetto da Covid-19;
- di non presentare sintomatologia respiratoria, similinfluenzale o febbre che possa ipotizzare una infezione da SARS-CoV-2;
- di essere informato sulla metodologia, la valenza ed i limiti del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 o del Tampone Antigenico rapido;
- di essere consapevole che i risultati del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 o del Tampone Antigenico rapido saranno comunicati al Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia attraverso il portale web www.qualitasiciliassr.it (sezione COVID) così come prescritto dalla Circolare del n. 16538 del 4.5.2020 "Disposizioni in materia di utilizzo dei test per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2. Modalità operative";
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 o del Tampone Antigenico rapido sarà data comunicazione anche al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente così come prescritto dalla Circolare del n. 16538 del 4.5.2020 "Disposizioni in materia di utilizzo dei test per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2. Modalità operative";
- la veridicità dei dati forniti per la compilazione del QUESTIONARIO Allegato 1 alla Circolare del n. 16538 del 4.5.2020 "Disposizioni in materia di utilizzo dei test per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2. Modalità operative";
- di avere letto e di aver compreso l'informativa sui Test Sierologici per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 o del Tampone Antigenico rapido;
- di essere stato edotto dal personale della struttura sul contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra prescritto;

TUTTO CIÒ PREMESSO

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 o del Tampone Antigenico rapido.

Luogo e data _____ Firma del paziente _____

Nel caso in cui la dichiarazione non è rilasciata dal diretto interessato (per impossibilità fisica, minore età, incapacità di agire, incapacità di intendere o di volere) indicare i dati della persona per cui si rilascia la stessa e l'eventuale grado di parentela:

Nome e Cognome: _____ C. F. _____

Grado di parentela: _____

In caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela: _____