



ASP
SIRACUSA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Corso Gelone, 17 - 96100 - Siracusa
C.F./P.I. 01661590891

REGIONE SICILIANA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

SIRACUSA
UOC Sian/Gruppo Covid-19
Direttore Dott. Ugo Mazzilli

Traversa La Pizzuta (ex ONP) - 96100 SIRACUSA
call center 0931-484980

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

Il Sottoscritto/a o IN CASO DI PAZIENTE **MINORENNE**(Padre/madre/esercente la potestà sul minore o soggetto incapace) _____

nato/a a _____ il _____

Per il figlio/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) Il giorno ____ / ____ / ____

Residente a _____ (Prov. _____)

In (Via/Corso) _____

email: _____ (del genitore)

N° Telefonico _____ (del genitore)

ESPRIMO IL MIO CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZO L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO COVID 19 a mio/a figlio/a/minorenne o a soggetto sottoposto alla mia tutela

- SONO CONSAPEVOLE CHE UN EVENTUALE ESITO POSITIVO COMPORTA L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO IMMEDIATO IN ATTESA DELLE INDICAZIONI DEL MEDICO CURANTE E/O DELL'AUTORITA' SANITARIE
- PRESTO ALTRESI' IL CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI MIEI DATI PERSONALI SOPRA RIPORTATI PER FINALITA' CONNESSE ALL'ESECUZIONE DEL TEST IN OGGETTO E AGLI ESITI CONSEGUENTI NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI NAZIONALI ED EUROPEE VIGENTI COME EMENDANTE PER LE ESCLUSIVE NECESSITA' CORRELATE ALL'EMERGENZA COVID-19 (ai sensi degli art. 6/7, del regolamento UE 2016/679)
- DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO IL SIGNIFICATO DEL TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19.

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso l'informativa ed il significato del test e si impegna a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Nome e Cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello _____

Luogo e Data:

Firma: _____