# MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL’ESECUZIONE GRATUITA DEL TAMPONE

**RAPIDO NASO/FARINGEO PER RICERCA VIRUS COVID-19**

Io sottoscritto (Nome) (Cognome)

residente in Via , n città

documento di riconoscimento

n. telefono e-mail

domicilio

# IN QUALITÀ DI GENITORE, TUTORE, SOGGETTO AFFIDATARIO DEL MINORE:

(Nome) (Cognome)

residente in Via , n città

data di nascita luogo di nascita

malattie croniche

medico di base del minore

# ACCONSENTO ALLA SUA PARTECIPAZIONE ALL’ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO DEL CONTAGIO DA SARS- COV2 AVVIATA DAL COMUNE DI PATERNO ED EFFETTUATA MEDIANTE ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO , IN MIA PRESENZA.

In merito alla predetta adesione volontaria all’indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiaro:

* di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
* di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
* di essere a conoscenza dell’uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all’utilizzo della metodica e che,in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare sul minore tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all’esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
* di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno  **comunicati al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solo in caso di positività** della quale mi impegno ad informare il medico di Medicina Generale, mentre **in caso di negatività non è previsto il rilascio di nessuna comunicazione, refertazione/attestazione;**
* di essere stato informato del divieto di partecipazione all’attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
* Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall’esecuzione del tampone naso- faringeo antigenico;
* Si autorizza al trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Paterno Firma del genitore/tutore/affidatario