

**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

\_\_\_\_\_