

**PROGETTO "ADOTTA UNA SCUOLA"**  
**EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO PER LA SORVEGLIANZA COVID-19**

**Consenso informato**

**INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs**

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, che dovrà essere rispettato dalla/e persona/e;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ con

codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico

diretto (\*) \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail (\*) \_\_\_\_\_

**(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test**

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

Cognome del minore \_\_\_\_\_ nome del minore \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata**

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

**ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio**

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_