



REGIONE ABRUZZO – ASL 4 TERAMO

TEST COVID -19 – MODULO CONSENSO

*Persona da testare*

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Genere  M -  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (in stampatello) \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail (in stampatello) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Numero conviventi \_\_\_\_\_

Nome del Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Eseguito test sierologico  SI  NO con esito **Positivo** **Negativo**

***In qualità di***

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in /a \_\_\_\_\_

Curatore

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in/a \_\_\_\_\_

***Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679***

Data e Luogo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Manifesto la volontà di aderire allo screening provinciale**, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma: \_\_\_\_\_

**Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto** tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato o tramite sistemi di refertazione on-line e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.

Firma: \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL TEAM SANITARIO**

Postazione \_\_\_\_\_ Data e ora \_\_\_\_\_

Esito:  **NEGATIVO**  **POSITIVO**

Firma operatore \_\_\_\_\_