



**CONSENSO INFORMATO
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**
(vers 1.3 03/2021)
Pazienti Privati – MAGGIORENNI

ESPRESSIONE DEL CONSENSO TEST ANTIGENICO

Cognome e Nome
Nato/a il / / a (Prov.)
Residente in Via/Piazzan.
Comune di(Prov.)
con documento di riconoscimento: Carta d'identità Altro
n° Rilasciato da: Scadenza: / /
Codice Fiscale:.....
Mail:..... Telefono:
Professione: Cap del Luogo di Lavoro:

MEDICO CURANTE :

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole/li che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000)

DICHIARA:

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di essere in stato di gravidanza: NO SI Data presumibile del parto:
- la seguente sintomatologia: ASINTOMATICO PAUCI-SINTOMATICO LIEVE SEVERO CRITICO
GUARITO Se sintomatico data inizio sintomi:
- di aver in precedenza già eseguito TEST MOLECOLARI SARS-CoV-2: NO SI

Se SI: NEGATIVO POSITIVO

- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al test SARS-CoV-2 al quale sarà sottoposto; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni richiesta e/o chiarimento;
- **di aver compreso che in caso di positività al tampone rapido antigenico dovrà sottoporsi immediatamente al tampone molecolare ed attuare tutte le procedure previste dalla Delibera Regione Toscana n. 1371 del 2/11/2020 e le allegate "Linee di indirizzo per la gestione del prelievo e delle analisi dei test molecolari, antigenici rapidi e dei test sierologici per screening di pregressa infezione da SARS-CoC-2" e sarà opportuno contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale;**
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);
- di aver compreso che in capo al laboratorio LEA srl insiste l'obbligo, ai fini dell'informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4 e successive) in conformità alle indicazioni di cui all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 34 del 14/03/2020 (Allegato A), e di pubblicare il referto firmato digitalmente sul fascicolo sanitario elettronico (FSE) di Regione Toscana, secondo



**CONSENSO INFORMATO
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**
(vers 1.3 03/2021)
Pazienti Privati – MAGGIORENNI

lo standard RFC101 ver. 12.

(prosegue)

DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE (Richieste effettuate per casistica Circolare Ministero Salute prot. 644/2021)

Indicare la risposta con un X

	NO	SI
Ha recentemente viaggiato in aree in cui è nota la presenza di nuove varianti virali o è stato a contatto con persone provenienti da aree investigate per varianti		
Sospetta una reinfezione SARS-CoV-2		
È già stato sottoposto a vaccinazione anti-COVID-19		

ESPRIME IL CONSENSO a sottoporsi al TEST ANTIGENICO SARS-CoV-2 (COVID-19)	SI	NO
ESPRIME IL CONSENSO per l'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4 e successive e Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE)	SI	NO
RICHIEDE di ricevere la consegna del referto dalla casella di posta elettronica analisilea@laboratorioempolese.it alla propria casella di posta elettronica ordinaria e a quello del proprio medico curante (<u>specificare email o nome e cognome del medico curante:</u> _____) o tramite portale web	SI	NO

Data// Ora:

.....
Firma del sanitario

.....
Firma dell'interessato/a