



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

**Pazienti Privati – MINORENNI**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO TEST MOLECOLARE**

**MINORE ASSISTITO/ASSISTITA**

Cognome e nome .....

nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....

residente in Via/Piazza .....

comune di .....(prov.) .....

con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....

n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: .... / .... / .....

codice fiscale: .....

Medico Curante : .....

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Il/la/i sottoscritto/a/i in qualità di legale/i rappresentante/i dell'assistito/a come sopra generalizzato

Dati:  dei genitori  del solo genitore presente  del tutore

**GENITORE 1/TUTORE LEGALE**

Cognome e nome .....

nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....

residente in Via/Piazza .....

comune di .....(prov.) .....

con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....

n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: .... / .... / .....

codice fiscale: ..... n. di cellulare .....

**MAIL** \_\_\_\_\_

**GENITORE 2/TUTORE LEGALE**

Cognome e nome .....

nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....

residente in Via/Piazza .....

comune di .....(prov.) .....

con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....



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

**Pazienti Privati – MINORENNI**

n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: ..... / ..... / .....

codice fiscale: ..... n. di cellulare .....

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

**DICHIARA/DICHIARANO**

- 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 altri 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 SARS-CoV-2 dovrà osservare l'ISOLAMENTO DOMICILIARE 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 lo standard RFC101 ver. 12.

**(PROSEGUE)**



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

**Pazienti Privati – MINORENNI**

**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		

<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> a sottoporsi al TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2 (COVID-19)	SI	NO
<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> 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
<b>RICHIEDE</b> 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

**IMPORTANTE :**

**al presente consenso è obbligatorio allegare la fotocopia della tessera sanitaria fronte-retro ben leggibile, da consegnare poi all'infermiere incaricato alla esecuzione dei test. Non sarà eseguito l'esame senza il presente documento. Non è possibile eseguire fotocopia durante il prelievo.**