

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DEI TEST SIEROLOGICI SARS-COV-2**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

eventuale domicilio (se diverso dalla residenza):

città _____ prov. _____ via _____ n° _____

dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel documento "INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DEI TEST SIEROLOGICI SARS-COV-2" e di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto/a.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test.

Recepita l'informazione ricevuta,

- Acconsento
 Non acconsento

All'esecuzione del test che seguirà i percorsi procedurali descritti nell'informativa.

Data _____ Firma del paziente _____

In caso minore:

Nome e Cognome del minore _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____

Inoltre,

- Autorizzo
 Non autorizzo

il Centro Medico by Salus e/o il laboratorio Friuli Coram ad inviare, in caso di **POSITIVITA'** del tampone, i miei dati (sopra elencati) tramite posta elettronica certificata (PEC) al Dipartimento di Prevenzione di Riferimento. Mi impegno, inoltre, a contattare il Medico Curante e/o il Dipartimento di Prevenzione e a **PORMI IN AUTOISOLAMENTO FIDUCIARIO**.

Data _____ Firma del paziente _____

Nome e Cognome Operatore Sanitario: _____ Firma: _____