



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 _____