



**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

n° rilasciato da: scadenza: / /

codice fiscale: n. di cellulare



**CONSENSO INFORMATO
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**

(vers 1.3 03/2021)

Pazienti Privati – MINORENNI

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		

ESPRIME IL CONSENSO a sottoporsi al TEST MOLECOLARE 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

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.