



ISTITUTO \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_

INFANZIA  PRIMARIA  MEDIA  SUPERIORE  ALTRO (DOCENTI, ATA...)

**Espressione e acquisizione del consenso informato:**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(NOME GENITORE NEL CASO DI MINORI)

dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto.

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

**DICHIARA**

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2 test antigenico rapido, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

**Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso**

\_\_\_\_\_

**DATI DI CHI RICEVE IL TEST ANTIGENICO**

**Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Data

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO



Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio  
Direttore Dott.ssa Teresa Barone  
Laboratorio di Biologia Molecolare  
tel 0917033302

**Allegato 2**

**REFERITO TEST RAPIDO Antigenico SARS COV-2**

COVID 19 AG TEST(ABBOTT) REFERENCE CE -IVD: REF 41FK10

Data \_\_\_\_\_ ASP PALERMO USCA 2 PARTINICO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

ESITO (mettere una crocetta nei test)	TEST AG Rapido
**POSITIVO	
NEGATIVO	
**INVALIDO	

\*\* Per i risultati dubbi e/o positivi dovrà essere effettuato tampone rinofaringeo standard e dovrà essere data comunicazione al Dipartimento di Prevenzione

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura ( a stampatello)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma di chi ha eseguito il test \_\_\_\_\_