

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TAMPONE
RAPIDO NASO/FARINGEO PER RICERCA VIRUS COVID-19**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in Via _____, n. _____ città _____

documento di riconoscimento _____

n. telefono _____ e-mail _____

domicilio _____

IN QUALITÀ DI GENITORE, TUTORE, SOGGETTO AFFIDATARIO DEL MINORE:

(Nome) _____ (Cognome) _____

residente in Via _____, n. _____ città _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

malattie croniche _____

medico di base del minore _____

ACCONSENTO ALLA SUA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO DEL CONTAGIO DA SARS-COV2 AVVIATA DAL COMUNE DI ISILI ED EFFETTUATA MEDIANTE ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO , IN MIA PRESENZA.

In merito alla predetta adesione volontaria all'indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiaro:

- ☐ di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- ☐ di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
- ☐ di essere a conoscenza dell'uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica e che, in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare sul minore tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all'esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
- ☐ di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno comunicati entro le 24 ore successive al **prelievo solo in caso di positività** della quale mi impegno ad informare il medico di Medicina Generale, mentre **in caso di negatività non è previsto il rilascio di nessuna comunicazione, refertazione/attestazione;**
- ☐ di essere stato informato del divieto di partecipazione all'attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
- ☐ Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione del tampone naso- faringeo antigenico;
- ☐ Si autorizza al trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Isili, _____

Firma del genitore/tutore/affidatario
