



Azienda Speciale Servizi Agrate Brianza
via Lecco, 11 – 20864 Agrate Brianza (MB)
Tel. +39 039 605 6244 – C.F. e P.Iva 02546390960
amministrazione@assab.it – assab@brianzapec.it – www.assab.it

MOTIVO DEL TAMPONE(*) Lavoro ___ Scuola ___ Fine Quarantena ___ Sospetta Positività ___

Altro ___

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

Il sottoscritto (del genitore in caso di minore) _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ Via _____
con codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico
diretto(*) _____, indirizzo e-mail (*) _____
Documento di riconoscimento (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

**In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:
(con acquisizione dell'autorizzazione all'esecuzione del test da parte di entrambi i genitori)**

in qualità di _____ del minore:
Cognome del minore(*) _____ Nome del minore(*) _____
Codice fiscale minore(*) _____ data di nascita minore(*) _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____

Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____

Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____

Firma leggibile _____