

Io sottoscritto/a (*) _____, nato/a a _____,
il _____, codice fiscale _____

Identificato con (campo obbligatorio):

Carta d'identità _____ Passaporto n. _____

Dati da inserire qualora non sia possibile registrarli nel sistema informatico di accettazione:

Indirizzo di residenza (via – n°civico) _____

Comune di residenza _____

Nazionalità _____ Telefono: _____

DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame molecolare Coronavirus – SARS- CoV-2

Si prega di specificare se lei è (indicazione da riportare nelle note cliniche):

- stato in zona endemica per varianti
- stato in area soggetta a focolaio
- stato precedentemente positivo
- vaccinato
- nulla da dichiarare

Referto in inglese oltre che in italiano

Acconsento inoltre alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Recapiti del **medico curante** (qualora non sia possibile registrarli nel sistema informatico di accettazione):

nome e cognome _____ telefono _____

Data _____ Firma (leggibile) _____

.....
* NOTA: SEZIONE DA COMPLETARSI SOLO NEL CASO IN CUI LA PERSONA CHE COMPILA IL MODULO RICHIEDA LA PRESTAZIONE NON PER SÉ MA PER CONTO DI UN MINORE/SOGGETTO TERZO *

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver conferito dati personali relativi al soggetto sopra indicato e di sottoscrivere il presente modulo per conto di tale soggetto in qualità di:

GENITORE TUTORE

nome e cognome _____, nato/a a _____,

il _____, codice fiscale _____

Data _____ Firma (leggibile) _____