



S.G.B.P.

Soluzioni Gestionali
per il Benessere
Psicofisico aziendale

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

Compilare la seguente sezione:

Il sottoscritto _____ nato a. _____ il. _____
e residente in. _____ Via. _____ N° _____
con Codice Fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito
telefonico diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

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

In caso di accompagnamento ad effettuazione test compilare anche la seguente sezione con i dati del minore

In qualità di. _____ del minore:

Cognome del minore _____ nome del minore _____

Codice Fiscale del minore _____

Data di nascita del minore _____ Luogo di nascita del 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 e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ l'esito del tampone verrà comunicato agli organi pubblici competenti;
- ✓ 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'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti.
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

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 (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 _____



AZIENDA: _____

Data: ____ / ____ / ____

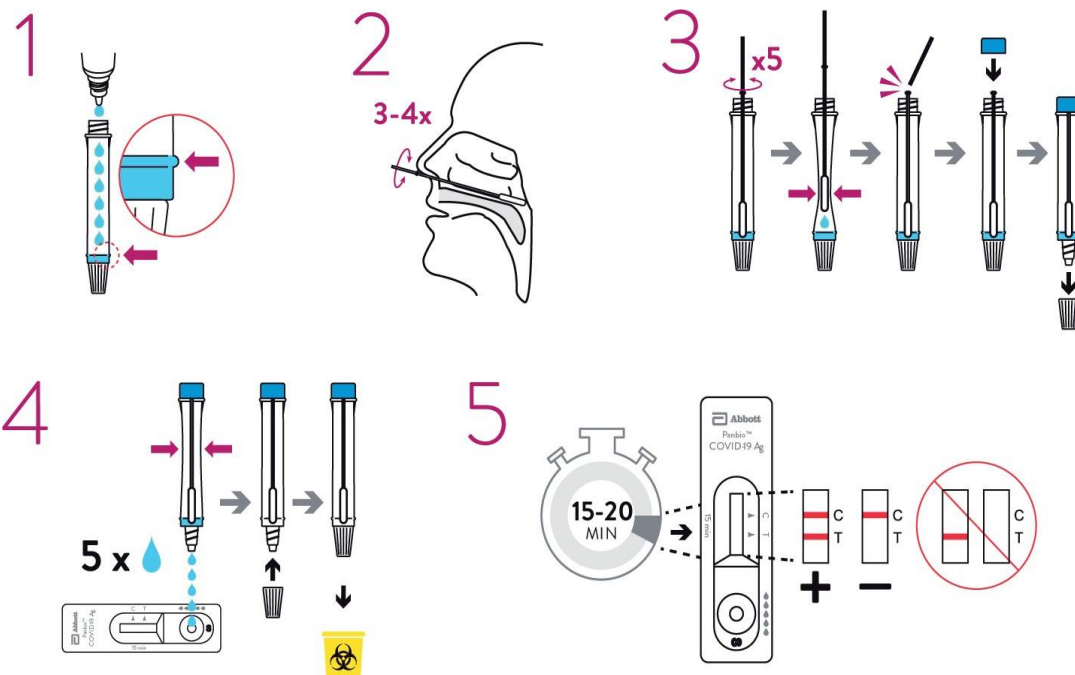
COGNOME: _____

NOME: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Ora esecuzione: ____ / ____

PROCEDURA DEL TEST (Vedi Istruzioni per l'uso)



l'interessato sopra riportato ha eseguito tampone antigenico rapido con esito _____



Modulo stilato da S.G.B.P. per la corretta esecuzione dei tamponi rapidi nasofaringei.
Istruzioni elaborate per l'emergenza COVID-19 dal Gruppo di Lavoro Specialistico Aziendale.