



Comune
di Scontrone

TEST COVID - 19 / MODULO CONSENSO

PERSONA DA TESTARE

Cognome

Nome

Genere

 M F

Data di nascita



Comune di nascita

Comune di residenza

Indirizzo

Codice Fiscale

Cellulare

E-mail

Nome del medico di medicina generale

In qualità di:

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Curatore

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Indicare il domicilio solo nel caso in cui non corrisponda con la
residenza oppure si è residenti in altro comune

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Data e luogo _____ Firma: _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening provinciale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma: _____

Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto tramite numero di cellulare e/o indirizzo di posta elettronica sopra indicato e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.

Firma: _____

RISERVATO AL TEAM-SANITARIO

Postazione _____ Data e ora _____

Esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Firma operatore _____