



SABATO 8 GENNAIO 2022
Sorveglianza Covid-19 degli alunni/studenti mediante test antigenico rapido
(da tampone nasofaringeo) - Ag-RDTs – in modalità *drive through*

STUDENTE MAGGIORENNI

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Recapito telefonico (cell)	
Codice Fiscale	
E-mail	

CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO

Io sottoscritto/a (COGNOME e NOME) _____
Luogo e data di nascita _____ residenza _____
documento di riconoscimento _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

Dichiaro:

- 1) di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- 2) che NON ho sintomatologia riferibile all'infezione SARS-COV-2, quali: temperatura pari o superiore a 37,5°, sintomi influenzali, tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, spossatezza e che NON sono sottoposto a isolamento fiduciario o quarantena e sorveglianza, previsti dalla vigente normativa;
- 3) di dare il consenso all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- 4) in caso di positività del test antigenico di permanere in isolamento in attesa dell'esecuzione del test molecolare e del successivo referto.

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

Data _____

Firma _____

Parte riservata ad ASUR		
Test Antigenico rapido Covid-19 Ag		
DATA: 08/01/2022	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO
		Il Medico
