

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2 e all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

dichiaro che il test antigenico viene eseguito in quanto sono:

2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIA' PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA

- Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da più di 120 giorni, con green pass valido Test dal 5° giorno
 - Guarito da più di 120 giorni, con green pass valido
 - Vaccinato con ciclo vaccinale primario non completo (no 2° dose) o con ciclo vaccinale primario completato da meno di 14 giorni Test dal 10° giorno
 - Non vaccinato
- (scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)*

- 1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI**
- 2. CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO, GIA' PRESO IN CARICO DALL'IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

Compilare la sezione dedicata

1. CASO COVID 19 ASINTOMATICO DA ALMENO 3 GIORNI

- Vaccinato con dose BOOSTER (dose aggiuntiva al ciclo primario) Test dal 7° giorno
 - Vaccinato con ciclo primario completato (due dosi o dose unica a seconda del tipo di vaccino) da meno di 120 giorni
 - Tutti gli altri Test dal 10° giorno
- (scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)*

E

- Già preso in carico dal SSR, con appuntamento per test oltre i termini previsti (7 o 10 giorni)
- Non ancora preso in carico dal SSR o senza appuntamento per il test

(scegliere una delle condizioni seguenti barrando la casella)

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero. In caso di dichiarazione mendace o falsa attestazione, oltre quanto previsto sopra, verrà richiesto il pagamento del test.

Firma _____ Data _____