

## MODULO ACCETTAZIONE PER TAMPONE COVID-19

Codice Fiscale	
Nome	
Cognome	
Data di Nascita	
Luogo di Nascita	
Comune di Residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono	
E-mail	
Patologie	
Medico di base	
E-mail del Medico di base	
Soggiorno o transito negli ultimi 14 gg in GB, Irlanda del Nord, Sud Africa e/o Brasile?	

### TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di interessato

in qualità di  genitore  tutore  amministratore di sostegno  altro \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_, dichiara di aver preso visione del documento contenente le Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e della normativa nazionale vigente in materia e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute.

Nella consapevolezza che il proprio consenso è puramente facoltativo oltre che revocabile in qualsiasi momento,

Presta il consenso       Nega il consenso

alla comunicazione dei referti a mezzo e-mail

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere asintomatico, di non essere in quarantena, di richiedere, a proprie spese, l'esecuzione del test molecolare/antigenico finalizzato alla ricerca Sars-CoV-2 su tampone naso-faringeo per uno dei seguenti motivi:

- Motivi di lavoro
- Motivi di viaggio
- Per richieste non correlate ad esigenze cliniche o di salute pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali e regionali

Firma

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_