

# Pro-Medical s.r.l.

Direttore Sanitario R.BEVINI - Specialista in O.R.L.

## CONSENSO INFORMATO PER TEST RAPIDO ANTIGENICO SARS-CoV-2

### CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a Sig. \_\_\_\_\_

Nato a : \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ N° Cellulare: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di aver ricevuto una dettagliata informazione mediante l'informativa scritta per l'esecuzione del test antigenico rapido per SARS-CoV-2; di aver letto e aver pienamente compreso quanto riportato, inclusi gli scopi e i limiti. Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art.13 del Reg.EU 2016/679 esprimo il consenso al trattamento del dato secondo le modalità riportate nell'informativa.

Pertanto, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

[ ] Acconsento di essere sottoposto all'esecuzione del test antigenico rapido per SARS-CoV-2

[ ] Non Acconsento di essere sottoposto all'esecuzione del test antigenico rapido per SARS-CoV-2

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**RISULTATO ANALISI:**

**Negativo**

**Positivo**

In caso di esito positivo o dubbio , il paziente deve sottoporsi alla ricerca molecolare dell'RNA virale tramite RT-PCR , unico metodo diagnostico attualmente riconosciuto.

Data Esame \_\_\_\_\_

il Medico \_\_\_\_\_