



DIAGNOSTICA DR. TILOCCA S.r.l.
Laboratori Analisi Cliniche Riuniti
Spec. in Microbiologia/Genetica Medica/Patologia G
GELA: Corso S. Aldisio, 264/268 Tel/Fax 0933-937699/824949
GELA: Via Europa 61/63 Tel. 0933/834534
LICATA: Corso Roma 42, Via S. Domenico 5 Tel. 0922/1803109 Fax. 0922/1924055
BUTERA: Via Mazzini 10 Tel. 0934/347242
infoanalisihilocca@virgilio.it diagnosticalilocca@pec.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Per esecuzione Tampone rinofaringeo/nasale ricerca SARS-COV2 e/o test sierologico per ricerca di anticorpi anti SARS-COV-2
Trattamento dati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003

Io sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
Indirizzo _____ cap _____
Codice fiscale _____ telefono _____
Mail _____ città _____
Doc. Identificazione _____ Rilasciato da _____ il _____

DICHIARA

- a) di avere compreso il significato del test rinofaringeo/nasale per rilevare la presenza di Coronavirus SARS-COV2 (Covid-19), e/o del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-COV-2
 - b) di avere compreso l'informativa e il presente modulo di consenso Informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
 - c) di volersi sottoporre volontariamente all'esecuzione del test
 - d) di assumersi la responsabilità di restare in isolamento domiciliare fiduciario sino alla comunicazione del risultato
 - e) di avere ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003
- Inoltre
- f) Tutti i soggetti Positivi al Tampone Rapido e/o Molecolare PCR saranno segnalati al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente

DICHIARA

Di acconsentire Di non acconsentire

ad essere sottoposto a test tampone rinofaringeo/nasale per rilevare la presenza di SARS-COV2 e di conseguenza degli effetti derivanti dalla rilevazione della positività o negatività allo stesso così come descritti.

Di acconsentire Di non acconsentire

Al trattamento dei dati personali e sensibili

DICHIARA

Di non essere vaccinato contro il SARS-COV-2 Di essere vaccinato contro il SARS-COV-2
Prima dose () Seconda dose ()
Terza dose ()

di essere stato in contatto con un positivo al COVID-19 (in data _____)

di aver contratto il COVID-19 (in data _____)

di non aver contratto il COVID-19

Data ____/____/____

Firma _____