

**CONSENSO INFORMATO TAMPONE NASO-FARINGERO SARS-CoV-2
(adulti)**

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....
residente a.....in via.....CF.....sesso M F
Tel:..... e-mail..... Istituto
scolastico.....Plesso.....

ACCONSENTE

All'esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA di SARS-CoV-2

DICHIARA

- Di aver letto e compreso il significato del tampone per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo;
- Di aver letto e compreso il foglio informativo ed il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
- di volersi sottoporre volontariamente all'esecuzione del test

Luogo, Data _____

Firma

N.B. allegare copia documento d'identità del dichiarante

TEST

RAPID TEST device Cod.....lotto n°.....scadenza.....

Esito: Positivo Negativo Invalido

Firma
