

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

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....  
residente a.....in via.....CF.....sesso M F

Tel:..... e-mail.....

**ACCONSENTE**

In qualità di padre/madre/tutore(specificare)

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

Nome e Cognome.....Nato/a a.....  
il.....residente a.....in via.....  
CF.....sesso M F Classe frequentata.....Istituto  
scolastico.....Plesso.....

**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 farlo 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

\_\_\_\_\_