



A.S.P. di Trapani
Unità Speciale di Continuità Assistenziale Scolastica (Uscas)

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST PER LA RICERCA DI SARS- COV-2

Io sottoscritto/a..... nato/a a

il/...../..... Codice fiscale.....

Indirizzo di Domicilio Città (.....)

Telefono* Email*

IN QUALITÀ DI

ME STESSO

GENITORE

TUTORE LEGALE

di *(da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)*

Cognome *(Figlio/a)*..... Nome *(Figlio/a)*

nato/a..... (.....) il/...../.....;

Codice fiscale.....;

DICHIARO

a) Di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali direttamente e personalmente conferiti ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per finalità invio dei propri referti medico sanitari conseguenti alle prestazioni richieste e per fini epidemiologici;

b) Di essere informato che in caso di risultato POSITIVO il paziente verrà preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di competenza al fine dell'esecuzione del tampone molecolare oro-faringeo SARS-COV-2. In tal caso il soggetto si impegna, secondo le normative vigenti, a rispettare il regime di quarantena previsto dalla normativa;

ACCONSENTO

- All'esecuzione dell'esame tampone rino-faringeo per ricerca del virus Sars-Cov 2 e si impegna a comunicare tempestivamente l'esito dell'esame effettuato al proprio medico curante, non appena ricevuto.

- All'invio del referto tramite e-mail esonerando l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto e alla trasmissione del predetto referto all'istituto scolastico.

Data _____

Firma _____

**Campo obbligatorio ai fini della comunicazione del referto.*

NB: IN CASO DI MANCATA COMUNICAZIONE DEL REFERTO NELLE SUCCESSIVE 24 ORE SCRIVERE NOME, COGNOME E DATA DEL TAMPONE A COMUNICAZIONI.USCAS@ASPTRAPAN.IT