



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 -Ag-RDTs per minori

Il sottoscritto _____ C.F. _____

Carta d'identità n° _____ Tel. _____

Il sottoscritto _____ C.F. _____

Carta d'identità n° _____ Tel. _____

Genitori del minore _____ C.F. _____

Genitore affidatario

consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la nostra personale responsabilità,

delegano:

il Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ C.I. n° _____

il Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ C.I. n° _____

il Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ C.I. n° _____

ad accompagnare nostro/a figlio/a perché sia sottoposto all'effettuazione di Test antigenico(tampone nasofaringeo)per la sorveglianza Covid 19 Ag-RDTs, ed a firmare eventuale documentazione relativa.

Si allegano fotocopie dei documenti di identità dei genitori e dei delegati.

N.B. Si fa presente che il delegato non può essere persona minore di 18 anni.

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

1. l'adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;
2. l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
3. il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
4. la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
5. la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;
6. in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____

Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____

Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____

Firma leggibile _____