



ISTITUTO _____

CLASSE _____

☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ MEDIA ☐ SUPERIORE ☐ ALTRO (DOCENTI, ATA...)

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____

(NOME GENITORE NEL CASO DI MINORI)

dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto.

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2 test antigenico rapido, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

DATI DI CHI RICEVE IL TEST ANTIGENICO

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO



Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
Direttore Dott.ssa Teresa Barone
Laboratorio di Biologia Molecolare
tel 0917033302

Allegato 2

REFERTO TEST RAPIDO Antigenico SARS COV-2

COVID 19 AG TEST(ABBOTT) REFERENCE CE -IVD: REF 41FK10

Data _____ ASP PALERMO USCA 2 PARTINICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente _____

in Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

ESITO (mettere una crocetta nei test)	TEST AG Rapido
**POSITIVO	
NEGATIVO	
**INVALIDO	

** Per i risultati dubbi e/o positivi dovrà essere effettuato tampone rinofaringeo standard e dovrà essere data comunicazione al Dipartimento di Prevenzione

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura (a stampatello)

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____