



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 \_\_\_\_\_