

Consenso informato per tampone antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2

Il sottoscritto _____ nato il _____ C.F. _____
 documento d'identità _____ n. _____ rilasciato il _____ indirizzo
 _____ tel./cell. _____ mail _____
 genitore dello studente _____ frequentate la classe _____
 presso _____ nell'a.s. 2020/21

Riceve le seguenti informazioni:

Il prelievo tramite tampone oro-faringeo/rino-faringeo è una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore e del rinofaringe mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico.

Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un lieve fastidio nel punto di contatto.

Il tampone viene effettuato da Personale Sanitario debitamente formato.

Il test molecolare su tampone è un test diagnostico per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 in un preciso momento.

In caso di tampone positivo il paziente verrà contattato dal Servizio di Igiene Pubblica per l'isolamento e per l'esecuzione di un test di conferma di tipo molecolare.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- dichiara di aver letto e compreso il significato del test e di impegnarsi a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test saranno riservati e resi noti, oltre che al diretto interessato, esclusivamente al Dipartimento di Prevenzione della ASL competente e al proprio Medico Curante, nonché immessi sulla piattaforma GIAVA COVID predisposta dalla regione Puglia;

Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione del test;

Ciò considerato Nego il consenso

Presto il mio consenso all'atto sanitario

Firma

Luogo _____ Data _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 9 e del considerando 32 del Regolamento UE 679/2016)

Con la firma sottostante dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dalla ASL di Brindisi in qualità di Titolare, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà anche dati "particolari" come definiti all'art. 9, ovvero dati relativi alla salute come definiti all'art. 4, p.ti 1) e 15) del Regolamento, ed **esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini dell'esecuzione del tampone antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2.**

Luogo _____ Data _____

Firma