

ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2 ed ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
 nonchè
 Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____

- nella nostra qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore*
- tutori/e del minore*
- amministratore di sostegno del minore*

_____ nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
 Codice fiscale _____
 iscritto presso l'Istituto _____

alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, manifestiamo la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei confronti del minore.

Dichiaro/i, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Accettiamo inoltre affinché il referto, disponibile in tempo reale, venga consegnato al minore
 Viterbo, _____

(Firma leggibile del genitore /tutore/ amministratore di sostegno) ** _____

(Firma leggibile del genitore) _____

Io sottoscritto _____, identificato come sopra, dichiaro di aver compreso quanto mi è stato esposto, di aver ricevuto copia delle informazioni sul test per l'identificazione dell'antigene del virus Sars-Co-V2 e sono pienamente consapevole del significato dell'atto sanitario propostomi.
 Viterbo, _____ (Firma leggibile del minore) _____

Azienda Sanitaria Locale di Viterbo***

Unità distrettuale COVID Scuola

(Firma leggibile del sanitario che ha fornito l'informazione) _____

Il minore _____ esprime dissenso all'atto sanitario proposto per i seguenti motivi:

*barrare la casella che interessa

** cancellare le voci che non interessano

*** timbro e firma del sanitario che fornisce l'informazione

DA CONSERVARE IN ASL

per SOGGETTO MINORENNE Adesione al test ed acquisizione del CONSENSO INFORMATO al test Antigene 3/3

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19