

A.S.P. di Trapani
Unità Speciale di Continuità Assistenziale Scolastica (Uscas)

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il __/__/_____ codice fiscale _____

Indirizzo di Domicilio _____

Città _____ Provincia (____)

Telefono* _____ Email* _____

in qualità di

ME STESSO GENITORE TUTORE LEGALE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

Cognome (Figlio/a) _____,

Nome (Figlio/a) _____,

nato/a _____ Provincia (___), il _____,

Codice fiscale _____

DICHIARO di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – Tampone Naso Faringeo finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 e si impegna a comunicare tempestivamente l'esito dell'esame effettuato al proprio medico curante, non appena ricevuto.

Data _____

Firma(Leggibile) _____

*Campo obbligatorio ai fini della comunicazione del referto.

NB: IN CASO DI MANCATA COMUNICAZIONE DEL REFERTO NELLE SUCCESSIVE 24 ORE SCRIVERE NOME, COGNOME E DATA DEL TAMPONE A COMUNICAZIONI.USCAS@ASPTRAPANI.IT (EMAIL DEDICATA SOLO PER REFERTI E CONVOCAZIONI). LE RICHIESTE VERRANNO EVASE IL PRIMA POSSIBILE.