MODULO DI CONSENSO INFORMATO

NR.SERIALE

Test molecolare salivare per la rilevazione di SARS-CoV-2

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ CODICE FISCALE _____

DATA NASCITA ___/___/_____ COMUNE DI NASCITA : _____

Autorizza

in via preventiva, in accordo con l'altro genitore _____, a sottoporre il/la proprio/a figlio/a al test per la ricerca di SARS-COV-2 nell'ambito del "Piano per il monitoraggio della circolazione di SARS-COV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Con la presente, lo/a scrivente presta la propria autorizzazione, sempre in accordo con l'altro genitore, all'espletamento del test salivare molecolare per individuare l'eventuale positività al virus SARS-COV-2 per tutto il periodo di monitoraggio previsto.

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA ___/___/_____

CODICE FISCALE _____ SESSO : M ☐ F ☐

NR. TELEFONO _____ COMUNE DI NASCITA : _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ VIA/PIAZZA _____ CAP _____

EMAIL _____

ISTITUTO SCOLASTICO _____

dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del test molecolare salivare esaurienti spiegazioni, in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale ;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al test molecolare salivare per il rilevamento SARS-CoV-2 da prelievo orale che verrà effettuato da personale sanitario ;
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso ;
- ✓ di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 23 D.L.gs.

dichiaro pertanto di

CONSENTIRE alla somministrazione del test molecolare salivare per il rilevamento SARS-CoV-2.

con l' impegno

- ✓ In caso di risultato positivo ad accettare l' isolamento domiciliare e a comunicare lo stato di malattia da COVID-19 al Medico Curante

☑ **PRESTO IL CONSENSO** ☐ **NEGO IL CONSENSO**

luogo _____ data _____

FIRMA (DEI GENITORI O TUTORE LEGALE)_____