

CONSENSO INFORMATO DIAGNOSI INFEZIONE DA CORONAVIRUS SARS-CoV-2

Data _____

Io sottoscritto:

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA * _____

CAP COMUNE DI RESIDENZA* _____ CF* _____

CELLULARE _____ E-MAIL _____

DOCUMENTO** N° _____ RILASCIATO DA** _____

_____ SCADENZA** _____

*(non necessario in caso di residenza all'estero)

** (necessari in caso di residenti all'estero- necessaria fotocopia fronte retro da caricare su Axivar)

Dichiaro

- di volermi sottoporre:

- alla ricerca in biologia molecolare dell'RNA del Coronavirus SARS-CoV-2
- al test sierologico per la ricerca ed il dosaggio delle IgG e IgM anti-SARS-CoV-2 in Chemiluminescenza
- al test per la ricerca dell'Antigene SARS-CoV-2 in Chemiluminescenza

- di essere a conoscenza che i risultati dei test saranno consegnati in 24 - 48 ore salvo ricontrollio campioni invalidi;

- di essere a conoscenza che i risultati dei test vengono inviati al SSN, Regione Toscana mediante invio telematico;

- di essere a conoscenza dei percorsi diagnostici che saranno attuati e dei comportamenti da adottare in caso di diagnosi di positività secondo la delibera Regionale n. 1371 del 2.11.2020 e sue precedenti;

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. Del regolamento (UE) 2016/679 con la sottoscrizione della presente dichiarazione di autorizzare al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa di LAMM Centro Analisi;

- di dare il consenso all'invio dei risultati a: _____

In fede _____