

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TAMPONE  
RAPIDO NASO/FARINGEO PER RICERCA VIRUS COVID-19

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del minore.

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del minore.

DATI DEL MINORE:

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

malattie croniche \_\_\_\_\_

medico di base del minore \_\_\_\_\_

ACCONSENTIAMO ALLA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO  
DEL CONTAGIO DA SARSCOV2 AVVIATA DAL COMUNE DI VILLANOVA TULO  
ED EFFETTUATA MEDIANTE ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO, IN  
PRESENZA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

In merito alla predetta adesione volontaria all'indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiaro:

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
- di essere a conoscenza dell'uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica e che, in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare sul minore tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all'esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno comunicati entro le 24 ore successive al prelievo solo in caso di positività della quale mi impegno ad informare il medico di Medicina Generale, mentre in caso di negatività non è previsto il rilascio di nessuna comunicazione, refertazione/attestazione;
- di essere stato informato del divieto di partecipazione all'attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
- Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione del tampone nasofaringeo antigenico;
- Si autorizza al trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Villanova Tulo 07.01.2022

Firma dei genitori/tutore/affidatario

---

---