**CONSENSO INFORMATO**

**TEST RAPIDO SU CAMPIONI NASALI per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)**

Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti inerenti l'esame Test Rapido che valuta la presenza dell'antigene del nuovo coronavirus in campioni di tamponi nasali, in particolar modo riguardo l’affidabilità del Test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test,

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico curante Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O Acconsente O Non Acconsente**

All'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al Test.

Dichiaro, inoltre di aver letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di aver letto e compreso l’informativa relativa al trattamento dati, pertanto autorizza espressamente al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge, con particolare riferimento alla trasmissione dei risultati del Test al proprio medico curante ed agli uffici competenti dell’ASP di Crotone (Nota Dir. Gen. n. 0045163 del 11/11/2020) [ ] SI [ ] NO

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRA’ L’ESECUZIONE DELL’ANALISI**

**(Il presente consenso informato è revocabile in qualsiasi momento)**

Cirò Marina, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paziente Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_