



**CONSENSO INFORMATO  
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**  
(vers 1.3 03/2021)  
**Pazienti Privati – MAGGIORENNI**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO TEST ANTIGENICO**

Cognome e Nome .....  
Nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (Prov.) .....  
Residente in Via/Piazza ..... n. ....  
Comune di ..... (Prov.) .....  
con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....  
n° ..... Rilasciato da: ..... Scadenza: ..... / ..... / .....  
Codice Fiscale:.....  
Mail:..... Telefono: .....  
Professione: ..... Cap del Luogo di Lavoro: .....

**MEDICO CURANTE :** .....

**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole/li che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000)**

**DICHIARA:**

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di essere in stato di gravidanza:  NO  SI Data presumibile del parto: .....
- la seguente sintomatologia:  ASINTOMATICO  PAUCI-SINTOMATICO  LIEVE  SEVERO  CRITICO  
 GUARITO Se sintomatico data inizio sintomi: .....
- di aver in precedenza già eseguito TEST MOLECOLARI SARS-CoV-2:  NO  SI

**Se SI:**  NEGATIVO  POSITIVO

- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l' informativa relativa al test SARS-CoV-2 al quale sarà sottoposto; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni richiesta e/o chiarimento;
- **di aver compreso che in caso di positività dovrà attuare tutte le procedure previste dalla Regione Toscana con "Linee di indirizzo per la gestione del prelievo e delle analisi dei test molecolari, antigenici rapidi e dei test sierologici per screening di pregressa infezione da SARS-CoC-2" e sarà opportuno contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale;**
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);
- di aver compreso che in capo al laboratorio LEA srl insiste l'obbligo, ai fini dell' informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4 e successive) in conformità alle indicazioni di cui all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 34 del 14/03/2020 (Allegato A e tutte le successive modifiche), e di pubblicare il referto firmato digitalmente sul fascicolo sanitario elettronico (FSE) di Regione Toscana, secondo lo standard RFC101 ver. 12.



**CONSENSO INFORMATO  
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**  
(vers 1.3 03/2021)  
**Pazienti Privati – MAGGIORENNI**

**(prosegue)**

**DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE (Richieste effettuate per casistica Circolare Ministero Salute prot. 644/2021)**

Indicare la risposta con un X

	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Ha recentemente viaggiato in aree in cui è nota la presenza di nuove varianti virali o è stato a contatto con persone provenienti da aree investigate per varianti		
Sospetta una reinfezione SARS-CoV-2		
È già stato sottoposto a vaccinazione anti-COVID-19		

<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> a sottoporsi al TEST ANTIGENICO SARS-CoV-2 (COVID-19)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> per l'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4 e successive e Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE)	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Data ...../...../..... Ora: .....

.....  
Firma del sanitario

.....  
Firma dell'interessato/a