

Modello 3

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E ADESIONE AI COMPORAMENTI CORRELATI AD ESITO POSITIVO DEL TAMPONE

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

documento di riconoscimento _____ n° _____ Scadenza _____

nato il _____ numero telefono _____

Professione _____

email _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di (compilare se il tampone si effettua su minore)

(Nome) _____ (Cognome) _____

Codice Fiscale del minore _____ nato il _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

Codice Meccanografico della scuola _____

documento di riconoscimento del minore _____ n° _____ Scad _____

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data _____ Firma _____