

# Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

*(Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 – Ag.RDTs – )*

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_  
*I, the undersigned, (LAST NAME) (NAME)*

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
*(Tax Code) (born in) on*

Residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
*(Living in) Address*

Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
*(Phone number)*

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata  
*(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)*

<< >>

## In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

*(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)*

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato  
*As the of the minor*

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
*(minor's LAST NAME) (minor's FIRST NAME)*

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
*(minor's Fiscal Code)*

### Dichiaro

- **di non avere sintomatologia respiratoria (o assimilabile) o febbre superiore a 37.5°C;**
- **di essere stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo - di tipologia indicatomi - per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

*(I hereby declare:*

*- not to have respiratory symptoms (or similar) or body temperature above 37.5° C.*

*-to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab – whose type has been previously specified - to detect Covid-19 – Ag-RDTs and to the aforementioned procedures.)*

Data \_\_\_\_\_  
*Date*

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
*Signature*

### Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.

*(Furthermore, I hereby acknowledge that I have read and accepted the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.)*

Data \_\_\_\_\_  
*Date*

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
*Signature*

*Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare  
è obbligatorio sottoscrivere una sola delle seguenti dichiarazioni*

*(In case the individual is required to take the molecular test, it is mandatory to choose and sign one of the following statements)*

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test)*

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di non aver ricevuto la prenotazione del Test Molecolare causa indisponibilità del Sistema di Prenotazione**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and NOT to have received the appointment information regarding the molecular test due to a malfunction of the booking system)*

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver rifiutato la prenotazione del Test Molecolare. Inoltre dichiaro di provvedere tempestivamente e in forma autonoma, a sottopormi al Test Molecolare presso un Laboratorio Autorizzato da me scelto.**

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have refused to schedule the molecular test appointment. Furthermore, I declare to promptly book an appointment independently and take the molecular test in an accredited laboratory I will choose)*

**IN CASO DI TEST EFFETTUATO PRESSO IL DOMICILIO DEL CITTADINO, QUESTI DOVRA' SOTTOSCRIVERE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE LA SUCCESSIVA DICHIARAZIONE E NESSUNA DELLE DICHIARAZIONI SUINDICATE**

*(In case the test is performed at the patient's home, he/she will have to sign only the following statement)*

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico (Test Molecolare)**

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests (molecular test))*