

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	
Denominazione e sede della scuola frequentata: _____	
Classe _____	

**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.

Dichiaro altresì:

- di non aver avuto negli ultimi 10 giorni contatti stretti con persone affette da Covid-19;
- di non avere febbre superiore a 37.5°;
- di non avere sintomatologia respiratoria;
- di non avere altri sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (anosmia).

Data _____

Firma _____