# CONSENSO INFORMATO TAMPONE RINO-FARINGEO RAPIDO COVID-19

Io sottoscritto/a

Codice fiscale

nato/a a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a in via CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono nazionalità

email:

# Nel caso di minori o soggetti a tutela:

Cognome e Nome

Età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luogo nascita Timbro Farmacia

Codice Fiscale

# Dichiaro sotto la mia responsabilità:

# di non avere al momento dell’esecuzione del test nessun sintomo riconducibile all’infezione Sars Cov-2 (febbre, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea

* di avere 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. Dichiaro inoltre di essere stato informato che **le risposte saranno comunicate ai Servizi Sanitari Pubblici competenti per l’adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente**.
* il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) dell'Azienda USL Toscana centro Sede legale: Azienda USL Toscana centro - Piazza Santa Maria Nuova, 1, 50122 Firenze

e-mail: responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it

pec: responsabileprotezionedati.uslcentro@postacert.toscana.it.

* di aver letto attentamente quanto sopra esposto riguardo gli obiettivi specifici, i benefici e gli eventuali rischi e conseguenze. Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE rino-faringeo, in particolar modo riguardo l’affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti
* ho compreso di poter revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell’atto sanitario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **presto** il consenso all’esecuzione del TAMPONE RINO-FARINGEO | **SI** | **NO** |

## IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L’ESECUZIONE DELL’ANALISI

Data / /

Firma del Dichiarante Firma dell’Operatore Sanitario

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