



Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____
Residente a _____ indirizzo _____
Codice fiscale _____
Numero di telefono _____
e-mail _____

DATI DELL'ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE/LEGALE (In caso di minori di 16 anni o incapaci):

Cognome e Nome _____
nato il _____ a _____
Codice fiscale _____

ACCONSENTE

all'esecuzione del tampone per la rilevazione del Coronavirus SARS-Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 nelle ultime settimane; tra cui febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$, sintomi simil-influenzali, tosse, astenia, dispnea, difficoltà respiratorie, ageusia
- di non aver avuto contatti a rischio con persone affette da Covid-19 negli ultimi 14 giorni
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna
- di essere a conoscenza che, in caso di positività, dovrà restare in isolamento e che l'esito sarà comunicato al Servizio di Igiene Pubblica
- di aver letto e compreso l'informativa resa dal titolare del trattamento LABORATORIO ANALISI RICERCHE CLINICHE DOTT. DINO SUZZI & FIGLI S.R.L. (consultabile sul sito www.laboratoriosuzzi.it) prestando il consenso a codesto Laboratorio a trattare i miei dati personali, particolari e sensibili, ed i relativi quesiti diagnostici

Data _____

Firma _____