

Modulo Consenso per Tampone Molecolare



Farmacia Fiume Bianco

In collaborazione con



Genoma

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ___/___/_____,
a _____, e residente a _____,
in via/piazza _____, n _____, Cap _____,
ASL di appartenenza _____;

oppure

(in caso di effettuazione del tampone da parte di minore)

In qualità di genitore/tutore di _____, nato/a il ___ /___ /_____, a
_____, e residente a _____,
in via/piazza _____, n _____, Cap _____,
ASL di appartenenza _____;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del Covid19 vigenti in Italia e di attenersi ai comportamenti suggeriti dalle autorità sanitarie
- 2) di dare il proprio consenso al prelievo del campione
- 3) in caso di esito positivo di contattare immediatamente il proprio medico curante/pediatra
- 4) di aver ricevuto le seguenti informazioni

- Il campione verrà processato presso il Laboratorio Eurofins Genoma
- Il referto sarà consegnato tramite invio di e-mail, anche non criptata, all'indirizzo da Lei indicato

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopradescritte

Nel caso non fossero stati indicati in fase di prenotazione si prega di compilare i seguenti dati:

CODICE FISCALE _____

N. DOCUMENTO (carta d'identità o passaporto) * _____

TELEFONO _____

Data, ___/___/_____

Firma _____

**ultime 8 cifre della tessera sanitaria in caso di minore sprovvisto di documento*