**Espressione e acquisizione del consenso informato:**

Il /La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

**DICHIARA**

di aver ricevuto dall’incaricato/a all’esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l’informativa e :

**□ ACCONSENTE □ NON ACCONSENTE**

all’esecuzione del test sierologico rapido di tipo qualitativo mediante *“card* per la contestuale rilevazione degli anticorpi IgG e IgM verso SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

**Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso**

**Dati dell’utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.**

Cognome

Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente In Via

Numero di cellulare Mail

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

**Data**

FIRMA DELL'UTENTE TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

2