

**CONSENSO INFORMATO**  
**TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 (COVID-19)**  
**PAZIENTI PRIVATI**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....  
residente in Via/Piazza .....  
comune di .....(prov.) .....  
con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....  
n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: ..... / ..... / .....  
codice fiscale: ..... n. di cellulare .....

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000)**

**DICHIARA**

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di essere in stato di gravidanza:  NO  SI data presumibile del parto: .....
- la seguente sintomatologia:  ASINTOMATICO  PAUCI-SINTOMATICO  LIEVE  
 SEVERO  CRITICO  GUARITO Se sintomatico data inizio sintomi: .....
- di aver in precedenza già eseguito altri TEST TAMPONI SARS-CoV 2 :  NO  SI N. ....;
- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 al quale sarà sottoposto; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni sua richiesta e/o chiarimento;
- **di aver compreso che in caso di positività al Sars-CoV-2 dovrà osservare l'ISOLAMENTO DOMICILIARE e contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale;**
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);

<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> a sottoporsi al prelievo del Tampone oro-faringeo e nasale per effettuare il TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 (COVID-19)	SI	NO
<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> all'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Campania (Progetto SINFONIA – vedi informativa in allegato ver.1 del 03/04/2020)	SI	NO
<b>RICHIEDE</b> di ricevere la consegna del referto dalla casella di posta elettronica <a href="mailto:centrogammabn1@virglio.it">centrogammabn1@virglio.it</a> alla casella di posta elettronica ordinaria e/o telefonicamente dal personale del Centro Gamma	SI	NO
<b>E-MAIL:</b> .....		
<b>TELEFONO:</b> .....		

Data: .../.../.....

Firma: .....

di aver compreso che in capo al laboratorio CENTRO GAMMA insiste l'obbligo, ai fini dell'informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Campania Web APP tracciatura TEST TAMPONI, così come previsto dall'Unità di Crisi Regionale con nota protocollo n. UC/2020/0002748 del 07/10/2020.