

**CONSENSO TAMPONE PER LA RICERCA RAPIDA ANTIGENE COVID-19**

La Sig.ra / Il Sig. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

◆ per sé medesimo

◆ esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno) \_\_\_\_\_

Di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE ◆ Carta di Identità ◆ Passaporto ◆ Altro  
\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_

**MOTIVO RICHIESTA:**

COVID-19 PREGRESSO	SI (data _____)	NO
Tamponi eseguiti in precedenza	SI	NO
	Data ___/___/___ luogo _____	
ILI nelle recedenti due settimane (ILI: sindrome simil influenzale)	SI	NO
Conviventi con tamponi positivi	SI	NO
Conviventi con ILI	SI	NO

Altre situazioni particolari \_\_\_\_\_

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

affinché i miei dati relativi allo stato di salute siano comunicati al mio Medico di Medicina Generale

Dott. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore) \_\_\_\_\_

Firma sanitario \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_