

Modulo di consenso informato e adesione ai comportamenti correlati ad esito positivo del tampone.

Il sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____ residente _____ in
Via _____ documento di riconoscimento N° _____ in qualita' di utente, O
genitore, tutore o soggetto affidatario di (Nome) _____ (Cognome) _____

Dichiaro

di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso: – all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus; – a sottopormi (o nel caso di minore a sottoporre): in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Il sottoscritto dichiara inoltre: - di non avere sintomi riferibili al Covid 19(febbre, tosse, mal di gola, mal di testa, naso che cola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare);

Firenze

In Fede