

Il/La sottoscritto/a _____

(Cognome e nome del genitore o di chi esercita la patria potestà in stampatello)

Genitore Si (apporre una crocetta sul si) o altro _____

nato/a _____ Pr.(____) il __/__/____

Residente _____ Pr.____ Cell. _____

Cognome e nome del Minore Classe/Sezione _____

Figlio/a _____ (etichetta del laboratorio)

nato/a a _____ il __/__/____

MEDICO CURANTE (Cognome e Nome) _____

autorizza il personale del Laboratorio Ormodiagnostica ad effettuare il tampone rapido antigenico per Sars Cov-2 naso-faringeo al minore sopra indicato nell'ambito della campagna di screening promossa dal Comune di Grottammare per il contenimento della diffusione del virus Sars Cov-2, prendendo atto che la concentrazione di antigeni nucleoproteici virali può variare nel corso della malattia e scendere al di sotto del limite di rilevazione del test in esecuzione con met. immunocromatografico, pertanto i risultati negativi non escludono una eventuale infettività dei soggetti sottoposti all'esame. I risultati positivi del test non escludono le co-infezioni con altri patogeni. In caso di positività al test rapido è necessario l'esecuzione del test molecolare di conferma rt-PCR. Il costo del tampone rapido è a carico del Comune di Grottammare compresi gli eventuali approfondimenti in rtPCR.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che i dati anagrafici e sanitari ottenuti verranno inviati all'ufficio sanitario competente Regionale per gli adempimenti sanitari previsti e verranno trattati secondo l'informativa allegata ai sensi del Regolamento E. 679/2016.

IN FEDE

(il genitore o chi esercita la patria potestà)

Li, __/__/____