

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PAZIENTE MINORENNE per tampone naso-faringeo SARS-CoV2

### ANAGRAFICA DEL MINORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_ ) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_  
nome pediatra \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.( \_\_ ), il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.( \_\_ ), il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

- a) di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo
- b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso Informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test naso-faringeo
- d) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti
- e) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre leggibile \_\_\_\_\_

Firma madre leggibile \_\_\_\_\_

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di entrambi i documenti di identità dei sottoscrittori.