



Comune di Pietracatella

in collaborazione con



Misericordia del Fortore

**MODULO DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO  
PER LE ATTIVITÀ DI SCREENING COMUNALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2**

**UTENTE DA TESTARE:**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ GENERE M  F

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE (in stampatello): \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL (in stampatello): \_\_\_\_\_

NOME DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: \_\_\_\_\_

ISTITUTO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI:**

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore legale

Curatore

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ IN/A \_\_\_\_\_

**Consapevole che i presenti dati personali o della persona rappresentata, sono necessari per i seguenti motivi:**

- per interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, ai sensi dell'art. 9, par. 2 lett. i) del GDPR;
- l'esecuzione di compiti di sicurezza e salute della popolazione, salvaguardia della vita e incolumità fisica, ai sensi dell'art. 2-sexies lett. u) del D. Lgs 196/03;
- per fini statistici e di ricerca scientifica, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. j) del GDPR.

**DATA E LUOGO** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**Manifesto la volontà** di aderire allo screening comunale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Esprimo il mio consenso** alla comunicazione del referto tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato e mi obbligo a comunicare l'esito agli organi preposti, con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL TEAM SANITARIO**

**POSTAZIONE** \_\_\_\_\_ **DATA E ORA** \_\_\_\_\_

**ESITO: NEGATIVO**

**POSITIVO**

**FIRMA OPERATORE** \_\_\_\_\_