



**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE
E CONSENSO ALLA PRESTAZIONE**

Il sottoscritto Sig./ra.....C.F.....

nato il.....a.....Residente in.....

Via..... n..... Tel.....

DICHIARO

di volermi sottoporre all' esecuzione del test sierologico rapido qualitativo per la ricerca di immunoglobuline correlate all'esposizione al virus SARS-CoV-2.

Di essere consapevole che il risultato del test verrà comunicato all'azienda sanitaria locale e che in caso di positività di IgG e/o IgM dovrò sottopormi ad isolamento fiduciario in attesa di essere convocato dal Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica per l'esecuzione del tampone come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n° 475 del 11/05/2020.

Mi impegno a seguire tutte le istruzioni datemi in forma orale o scritta dal personale addetto.

Sono comunque consapevole che verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a osservare quanto la DGR prevede.

Dichiaro inoltre che nelle ultime due settimane non ho presentato sintomi riferibili ad infezione COVID-19.

Ciò premesso:

acconsento

non acconsento

All'effettuazione del test.

Parma,.....

.....
Firma del Paziente

.....
Firma e Timbro del Sanitario che ha raccolto il consenso