



REGIONE ABRUZZO – ASL 4 TERAMO

TEST COVID -19 – MODULO CONSENSO

*Persona 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) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Numero conviventi \_\_\_\_\_

Nome del Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Eseguito test sierologico  SI  NO con esito  Positivo  Negativo

***In qualità di***

Diretto/a interessato/a (se maggiorenne)  Genitore o tutore legale (se minorenni o incapace di agire)

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ in /a \_\_\_\_\_

**IL GENITORE dichiara:**  di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente



Il titolare del trattamento è l'ASL 4 Teramo, contattabile scrivendo a [protezionedati@aslteramo.it](mailto:protezionedati@aslteramo.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@aslteramo.it](mailto:dpo@aslteramo.it). I vostri dati sono trattati in contitolarità con la Regione Abruzzo e con i Comuni abruzzesi in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali come meglio descritto nella informativa estesa reperibile presso le sedi del Titolare e consultabili anche sul sito [www.aslteramo.it/datipersonali](http://www.aslteramo.it/datipersonali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

**Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa estesa**

Data e Luogo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL TEAM SANITARIO**

Postazione \_\_\_\_\_ Data e ora \_\_\_\_\_

Esito:  **NEGATIVO**  **POSITIVO**

Firma operatore \_\_\_\_\_