

ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2 ed ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
 nonchè _____

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____

- nella nostra qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore*
- tutori/e del minore*
- amministratore di sostegno del minore*

_____ , nato/a _____
 in data _____, residente in _____ via _____
 doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
 Codice fiscale _____
 iscritto presso l'Istituto _____

**alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è
 individuale, volontaria e gratuita,
 liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza,
 manifestiamo la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei confronti del minore.**

Dichiaro/i, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Viterbo, _____
 (Firma leggibile del genitore /tutore/ amministratore di sostegno) ** _____

(Firma leggibile del genitore) _____

Io sottoscritto _____, identificato come sopra, dichiaro di aver compreso quanto mi è stato esposto, di aver ricevuto copia delle informazioni sul test per l'identificazione dell'antigene del virus Sars-Co-V2 e sono pienamente consapevole del significato dell'atto sanitario propostomi.

Viterbo, _____ (Firma leggibile del minore) _____

Azienda Sanitaria Locale di Viterbo***

U.O.C. S.I.S.P.

(Firma leggibile del sanitario che ha fornito l'informazione) _____

Il minore _____ esprime dissenso all'atto sanitario proposto per i seguenti motivi: _____

*barrare la casella che interessa

** cancellare le voci che non interessano

*** timbro e firma del sanitario che fornisce l'informazione