

**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.

Accettiamo inoltre affinché il referto, disponibile in tempo reale, venga consegnato al minore  
 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\*\*\***  
**Unità distrettuale COVID Scuola**

(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

**DA CONSERVARE IN ASL**

**per SOGGETTO MINORENNE Adesione al test ed acquisizione del CONSENSO INFORMATO al test Antigene 3/3**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19