



COMPILAZIONE OBBLIGATORIA IN CASO DI TEST ANTIGENICO RAPIDO SU **MINORE con QRcode**

MODULO DI CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE (DGRT 1195 del 15/11/2021)

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

Residente in _____ via _____

Documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di (Nome) _____

(Cognome) _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e delle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt.46 e 47 del medesimo D.P.R. n.445/2000

Dichiaro

- di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- che il minore sopra indicato NON ha sintomatologia riferibile all'infezione SARS-COV-2, quali: temperatura pari o superiore a 37,5°, sintomi influenzali, tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, spossatezza;
- che il minore sopra indicato NON è sottoposto ad isolamento fiduciario o quarantena;
- di dare il consenso all'esecuzione sul minore sopra indicato del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- di sottoporre il minore sopra indicato, in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data _____

Firma _____