



**REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**SIRACUSA**  
**U.O.C SIAN / GRUPPO COVID**  
**Direttore Dott. Ugo Mazzilli**  
**Traversa la Pizzuta (EX ONP) – 96100 Siracusa**  
**Call center 0931-484980**

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA**

Il Sottoscritto/a o IN CASO DI PAZIENTE **MINORENNE** ( Padre/madre/esercitante la potestà sul minore o soggetto incapace) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Per il figlio/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

In (Via/Corso) \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ (del genitore)

N° Telefonico \_\_\_\_\_ (del genitore)

ESPRIMO IL MIO CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZO L'ESECUZIONE DEL TAMPONE SALIVARE COVID 19 a mio/a figlio/a/minorenne o a soggetto sottoposto alla mia tutela

- SONO CONSAPEVOLE CHE UN EVENTUALE ESITO POSITIVO COMPORTA L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO IMMEDIATO IN ATTESA DELLE INDICAZIONI DEL MEDICO CURANTE E/O DELL'AUTORITA' SANITARIE
- PRESTO ALTRESI' IL CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI MIEI DATI PERSONALI SOPRA RIPORTATI PER FINALITA' CONNESSE ALL'ESECUZIONE DEL TEST IN OGGETTO E AGLI ESITI CONSEGUENTI NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI NAZIONALI ED EUROPEE VIGENTI COME EMENDANTE PER LE ESCLUSIVE NECESSITA' CORRELATE ALL'EMERGENZA COVID-19 (ai sensi degli art. 6/7, del regolamento UE 2016/679 )
- DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO IL SIGNIFICATO DEL TEST SALIVARE PER LA RICERCA DEL SARS-CoV-2.

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso l'informativa ed il significato del test e si impegna a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Nome e Cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello \_\_\_\_\_

Luogo e Data:

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