

T.C <37.5. >=37.5.

sigla operatore _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE _____

CODICE FISCALE _____

Numero di telefono _____ e-mail (stampatello) _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di false dichiarazioni (art. 495 c.p.)

Dichiara sotto la propria responsabilità

- Di non essere stato già sottoposto a test sierologico gratuito
- DI CHIAMARE IL N. VERDE 800556060 AL FINE DI RICEVERE ULTERIORI INFORMAZIONI in caso di test Positivo o Dubbio**
- Di rientrare in una delle categorie descritte nelle Ordinanze della Regione Toscana, rispettivamente n° 23 4/42020, n° 39 19/4/2020 e n.54 6/5/2020
- Se dipendente specificare ditta _____ sita in _____

_____ con la mansione di _____

Se libero professionista, specificare _____

**Presenza di Sintomi dal
01/01/2020**

- Febbre > 37,5 °C	SI	NO
- Tosse	SI	NO
- Dispnea	SI	NO
- Diarrea	SI	NO
- Alterazione gusto	SI	NO
- Alterazione olfatto	SI	NO
- Sintomi presenti	SI	NO
nell'ultimo mese	SI	NO
da più di 1 mese	SI	NO
- Esposto a un caso COVID confermato	SI Data _____	NO
- Episodi influenzali in famiglia	SI Data _____	NO

Luogo _____, data _____ Firma _____

Consenso all'esecuzione di indagini di laboratorio a scopo diagnostico e di ricerca scientifica

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza,

DICHIARA:

- di aver ricevuto una dettagliata informazione relativa alle **indagini di laboratorio a scopo diagnostico** sul materiale biologico prelevatomi, e di aver posto tutte le domande ritenute opportune;
- di: accettare non accettare
l'esecuzione degli esami di laboratorio, eseguiti da Biomolecular Diagnostic o enti terzi; sul materiale biologico prelevatomi in data odierna ed in eventuali futuri controlli;

Data _____

Firma _____



DICHIARA:

- di: accettare non accettare
che il materiale biologico possa essere utilizzato in forma anonima anche **per studi o ricerche scientifiche** eseguiti da Biomolecular Diagnostic o enti terzi;
- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.

NB. In caso di non accettazione del presente consenso il materiale biologico verrà smaltito entro e non oltre 3 mesi dall'esecuzione dell'analisi, oppure restituito in caso di espressa richiesta.

Data _____

Firma del paziente _____

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel **GDPR 679/2016** e nel **Provvedimento dell'Autorità Garante del 22.02.2007 Autorizzazione al trattamento dei dati genetici del 29.12.2016.**