



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



## CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO SU TAMPONE NASO-FARINGEO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
domiciliato a (compilare se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
con codice fiscale \_\_\_\_\_  
e reperibile ai seguenti recapiti telefonici (\*) \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test antigenico rapido su tampone naso-faringeo

### DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA PUBBLICATA NEL SITO DELL' A.O.U.P. "Paolo Giaccone"

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

e altresì esprimo la mia adesione volontaria e informata, alla luce di quanto sopra esposto, a sottopormi mediante l'esecuzione del tampone oro-faringeo alla ricerca di proteine virali del SARS-CoV-2 (antigeni) nei campioni respiratori. Si specifica che le modalità di raccolta del campione sono del tutto analoghe a quelle dei test molecolari (tampone naso-faringeo) e che i tempi di risposta sono molto brevi (circa 15 minuti) ma la sensibilità e specificità di questo test sembrano essere inferiori a quelle del test molecolare. Ciò comporta la possibilità di risultati falso-negativi in presenza di bassa carica virale ( $tC > 25$ ), oltre alla necessità di confermare i risultati positivi mediante un tampone molecolare.

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

PRESTO ALTRESÌ L'ASSENSO ALL'UTILIZZO DEI MIEI DATI PERSONALI SOPRA RIPORTATI PER OGNI FINALITÀ CONNESSA ALL'ESECUZIONE DEL TEST IN OGGETTO E AGLI ESITI CONSEGUENTI NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI NAZIONALI ED EUROPEE VIGENTI COME EMENDATE PER LE ESCLUSIVE NECESSITÀ CORRELATE ALL'EMERGENZA COVID-19

Ai sensi degli art. 6,7, 13 del Regolamento UE 2016/679 o GDPR Informativa disponibile sul sito <http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/privacy/Informativa%20sul%20trattamento%20dei%20dati.pdf>

In qualità di tutore  curatore  amministratore di sostegno  esercente la potestà genitoriale

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Di cui si allega documentazione probatoria.

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma dell' Operatore Sanitario che ha effettuato il Tampone

U.O. Richiedente