



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE DEL TEST MOLECOLARE 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 molecolare 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 all'esecuzione del tampone oro-faringeo con metodo coreano per la ricerca del SARS-CoV-2 tramite riscontro dell'RNA virale utilizzando la metodica molecolare Reverse Real-Time PCR (rRT-PCR). I reagenti fondamentali per eseguire il test rRT-PCR, ovvero i primer oligonucleotidici e le sonde, sono state disegnate su regioni conservate del genoma virale SARS-CoV-2.

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



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo

