



Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



## CONSENSO INFORMATO ALL' ESECUZIONE DEL TEST SIEROLOGICO PER LA RICERCA ANTICORPALE

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 sierologico per la ricerca di anticorpi specifici IgM e IgG

**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 alla ricerca mediante l'esecuzione del prelievo ematico per la ricerca di anticorpi specifici IgM e IgG prodotti dal nostro sistema immunitario in risposta all'infezione da SARS-COV-2. Si specifica che a differenza dei tamponi, che mettono in evidenza il genoma virale, e che quindi forniscono la certezza della presenza del virus SARS-COV-2 all'interno delle secrezioni respiratorie, i test sierologici permettono di individuare tutti i soggetti che sono entrati in contatto con il virus. Mentre i tamponi forniscono un'istantanea sull'infezione, i test sierologici raccontano la storia della malattia.

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

