



REGIONE ABRUZZO – ASL 4 TERAMO

TEST COVID -19 – MODULO CONSENSO

Persona da testare

Cognome e nome _____ Genere M - F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale (in stampatello) _____

Comune di Residenza _____

Indirizzo _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo e-mail (in stampatello) _____

Professione _____

Numero conviventi _____

Nome del Medico di Medicina Generale _____

Eseguito test sierologico SI NO con esito Positivo Negativo

In qualità di

Diretto/a interessato/a (se maggiorenne) Genitore o tutore legale (se minorenni o incapace di agire)

Nome e cognome _____

Data di nascita _____ in /a _____

IL GENITORE dichiara: di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente



Il titolare del trattamento è l'ASL 4 Teramo, contattabile scrivendo a protezionedati@aslteramo.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@aslteramo.it. I vostri dati sono trattati in contitolarità con la Regione Abruzzo e con i Comuni abruzzesi in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali come meglio descritto nella informativa estesa reperibile presso le sedi del Titolare e consultabili anche sul sito www.aslteramo.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa estesa

Data e Luogo _____ Firma: _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening provinciale, all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma: _____

RISERVATO AL TEAM SANITARIO

Postazione _____ Data e ora _____

Esito: **NEGATIVO** **POSITIVO**

Firma operatore _____