



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DEL TAMPONE ORO-FARINGEO PER LA DIAGNOSI DA INFEZIONE SARS- CoV-2 - IN SERVICE PER CONTO LABORATORIO BECCARIA ESEGUITO PRESSO POLIAMBULATORIO MALPENSA MED SRL  
Viale Valganna 190 – 21100 – Varese (VA)**

(in caso di minori, compilare il consenso sia con i dati del genitore /tutore legale che del minore)

**Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**in qualità di** \_\_\_\_\_ **del minore:**

**Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a) di essere stato informato di effettuare il tampone per la diagnosi di SARS-CoV-2;
- b) di aver preso visione della presente Informativa e Consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali;

**CHIEDE E ACCETTA**

**di sottoporsi volontariamente all'esecuzione del Tampone per la diagnosi di SARS CoV-2**

Il personale autorizzato del Centro Beccaria comunicherà l'esito del tampone al medico di medicina generale (MMG) che ha in carico in paziente.

Il referto del tampone verrà comunicato da parte del Centro Beccaria alla ATS di residenza del paziente.

Data e Firma

(in caso di minore, firma del genitore o del tutore legale)

Varese il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_