

Servizio drive-through Consenso per esecuzione tampone naso-faringeo

Caro Cittadino,

il servizio drive-through è dedicato all'esecuzione di tampone naso-faringeo per la ricerca di SARS-Cov-2 agli utenti individuati ed indirizzati da ATS ovvero agli utenti a fine quarantena, debitamente prenotati.

In caso di recente contatto stretto con persone risultate positive per Coronavirus o insorgenza di sintomatologia compatibile con malattia Covid la invitiamo a contattare il suo medico curante / medico di continuità assistenziale per gli adempimenti conseguenti.

Nel frattempo, in considerazione di quanto da Lei dichiarato e sottoscritto, a scopo preventivo in data odierna verrà eseguito presso questo Presidio il tampone naso-faringeo per la ricerca di SARS-Cov-2.

La Direzione ASST Santi Paolo e Carlo

.....

Il/la Sottoscritto/a

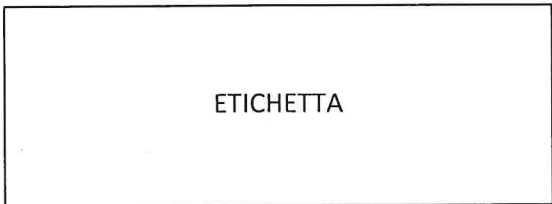
c.f. _____

nato a _____ (____)

il ____/____/____,

residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ n° _____



consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere rientrato da viaggi in uno dei Paesi a rischio per Coronavirus individuati secondo le più recenti disposizioni ministeriali (specificare quale _____)
- di presentare segni e sintomi compatibili con la malattia da Coronavirus (febbre oltre 37,5°C, tosse, raffreddore, astenia ecc.)
- di avere avuto contatti stretti nelle ultime 48 ore con persone risultate positive al Coronavirus
- altro (specificare)

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) _____