

## ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2 ed ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 nonchè \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

- nella nostra qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore\*
- tutori/e del minore\*
- amministratore di sostegno del minore\*

\_\_\_\_\_ , nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 iscritto presso l'Istituto \_\_\_\_\_

**alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, manifestiamo la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei confronti del minore.**

Dichiaro/i, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Viterbo, \_\_\_\_\_  
 (Firma leggibile del genitore /tutore/ amministratore di sostegno) \*\* \_\_\_\_\_

(Firma leggibile del genitore ) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, identificato come sopra, dichiaro di aver compreso quanto mi è stato esposto, di aver ricevuto copia delle informazioni sul test per l'identificazione dell'antigene del virus Sars-Co-V2 e sono pienamente consapevole del significato dell'atto sanitario propostomi.

Viterbo, \_\_\_\_\_ (Firma leggibile del minore) \_\_\_\_\_

**Azienda Sanitaria Locale di Viterbo\*\*\***

**U.O.C. S.I.S.P.**

(Firma leggibile del sanitario che ha fornito l'informazione) \_\_\_\_\_

Il minore \_\_\_\_\_ esprime dissenso all'atto sanitario proposto per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*barrare la casella che interessa

\*\* cancellare le voci che non interessano

\*\*\* timbro e firma del sanitario che fornisce l'informazione