

MODULO CONSENSO INFORMATO TEST RAPIDI PAZIENTI MINORENNI
Per nuovo Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Io Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____
C.F. _____ Residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

IN QUALITÀ DI:

Genitore Tutore Soggetto Affidatario

ANAGRAFICA DEL MINORE:

Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
C.F. _____ Residente in _____
Via _____
Nome Pediatra _____ Città _____

DICHIARO

di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente
MED Medicina e Diagnostica Srl accetterà il documento firmato da un solo genitore che dichiara di esercitare la patria potestà.
Tale dichiarazione è resa sotto la responsabilità del genitore firmatario, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000).

DICHIARO

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al trattamento dei dati personali test rapidi per nuovo coronavirus 2019 (sars-cov-2) al quale sarà necessario che il figlio/tutorato legale sarà sottoposto;
- di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni sua richiesta e/o chiarimento;
- di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test rapido

Data _____

Firma Leggibile _____