



**CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO SU TAMPONE
ORO/RINOFARINGEO E DEL TEST SIEROLOGICO PER SARS-COV-2**

Allegato 2 A DGR 52/27.01.2021

**MOD COVID 6
Rev. 8
del 29/01/2021**

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza (solo se il test è richiesto dal Medico Competente)	

In qualità di genitore/tutore di (da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo):

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

– all'esecuzione del test antigenico/sierologico per la ricerca del SARS-CoV-2 mediante uno dei sottoelencati metodi (specificato e dettagliato nel referto):

- **ROCHE ELECSYS Anti-Sars-Cov-2** (Lotto 520911 Scad. 28/02/2021) (ECLIA)(*) (Sierologico)
- **COVID-19 IgG/IgM Rapid Test** (Lotto 2005023 Scad. 30/04/22)(**)(Pungi-Dito)
- **COVID-19 AntigenRapid Test: TIGSUN (FIA)** (Lotto 14152001 scad. 29/10/2022) (**)(Tampone Antigenico)
- **COVID-19 AntigenRapid Test: LUNGENE**(Lotto 2020110061 scad. 10/2022) (**)(Tampone Antigenico)
- **TAMPONE MOLECOLARE** con metodica RT-PCR (***)

- in caso di positività del test a sottopormi a test molecolare di conferma
- di permanere in isolamento fiduciario fino all'esito negativo del test molecolare, eseguito successivamente alla positività del test antigenico/sierologico;
- in caso di test molecolare positivo, a permanere a domicilio in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP.

Data _____ Firma _____

– al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;

Data _____ Firma _____

– all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____

Prelievo effettuato presso _____

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso (Firma leggibile) _____

*Processato e Refertato presso Laboratorio CDC Liotti. **Processato e Refertato direttamente dove effettuato il prelievo.***Processato e Refertato presso Istituto Analisi Cliniche Minerva.



CASA DI CURA LIOTTI S.p.A. 06123 Perugia (Italia) Via Serafino Siepi, 11 Tel. 075/5721647 Fax 075/5732140
Numero Iscrizione al Registro Imprese di Perugia CF e P. IVA 01678940543, REA 153041, Cap. Soc. € 2.298.000,00 i.v.
E-mail: info@casadicura.liotti.it - www.casadicura.liotti.it

Struttura Accreditata Regione Umbria



Ente Certificato: 24/02/2014 RUM/1 n° 0182 LIOTI
IMQ-014
IMQ/15/2014/01/01