

## MOLECOLARE PER MINORENNI

### MINORE ASSISTITO/ASSISTITA

Cognome e nome .....  
 nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....  
 residente in Via/Piazza .....  
 comune di .....(prov.) .....  
 con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....  
 n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: ..... / ..... / .....  
 codice fiscale: .....

### ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il/la/i sottoscritto/a/i in qualità di legale/i rappresentante/i dell'assistito/a come sopra generalizzato

Dati:  del solo genitore presente  del tutore

### GENITORE / TUTORE LEGALE

Cognome e nome .....  
 nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (prov.) .....  
 residente in Via/Piazza .....  
 comune di .....(prov.) .....  
 con documento di riconoscimento:  Carta d'identità  Altro .....  
 n° ..... rilasciato da: ..... scadenza: ..... / ..... / .....  
 codice fiscale: ..... n. di cellulare .....

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole/li 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)

### DICHIARA

- che il/la minore presenta la seguente sintomatologia:  ASINTOMATICO  PAUCI-SINTOMATICO  
 LIEVE  SEVERO  CRITICO  GUARITO
- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 al quale sarà sottoposto il/la minore; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni richiesta e/o chiarimento;
- di aver compreso che in caso di positività al Sars-CoV-2 il/la minore dovrà osservare **l'ISOLAMENTO DOMICILIARE** e sarà opportuno contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);
- di aver compreso che in capo al laboratorio CENTRO GAMMA insiste l'obbligo, ai fini dell'informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Campania Web APP tracciatura TEST TAMPONI, così come previsto dall'Unità di Crisi Regionale con nota protocollo n. UC/ 2020/0002748 del 07/10/2020.

<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> per sottoporre il/la minore al prelievo del Tampone oro-faringeo e nasale per effettuare il TEST MOLECOLARE SARS-CoV 2 (COVID-19)	SI	NO
<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> per l'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Campania (Progetto SINFONIA – vedi informativa in allegato ver.1 del 03/04/2020)	SI	NO
<b>RICHIESTE</b> di ricevere la consegna del referto dalla casella di posta elettronica <a href="mailto:Centrogammabn1@virglio.it">Centrogammabn1@virglio.it</a> alla casella di posta elettronica ordinaria E/o essere contattati telefonicamente dal personale del Centro Gamma	SI	NO
<b>MAIL:</b> .....		
<b>TELEFONO:</b> .....		

Data ..... / ..... / .....

.....  
 Firma leggibile genitore / tutore