



## Consenso informato per esecuzione di ricerca RNA SARS – COV2

Nome e cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Residenza .....

Codice fiscale .....

Telefono Cellulare .....

**Io sottoscritto/a eseguendo l'esame di ricerca RNA SARS-COV2, CONSENTO l'inserimento del risultato del test in oggetto sul portale regionale dedicato al CoViD.**

### Autocertificazione per esecuzione del test

**Motivo della richiesta**

**Inserimento Portale regionale ASL/MMG/PLS per contatto classico o segnalazione app immuni.**

**Dichiaro di essere consapevole che, nel caso in cui il tampone non fosse stata richiesto sul portale da parte del prescrittore indicato, sarò tenuto al pagamento dell'esame (60 euro)**

**Cognome e nome del Medico MMG/PLS**

.....Tel. ....

***Rientro da (paesi a rischio). Dichiaro in questo caso di aver informato la mia ASL del mio rientro e che invierò copia del referto alla stessa ASL***

**Data**

**Firma leggibile**