



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

## CONSENSO

### TEST SIEROLOGICO PER ANTICORPI SARS-COV2

Sottoscrivendo la presente il Sig. / Sig.ra .....

Nato/a a ..... Il .....

#### DICHIARA

- Di avere pienamente compreso ed accettato quanto alla nota informativa “Sierologia per anticorpi SARS- COV 2
- Di avere potuto porre domande ed ottenuto esauritive risposte
- Di impegnarsi al pieno rispetto di quanto previsto nella predetta informativa in caso di positività del test ed in particolare di rispettare il conseguente isolamento fino all’esito del tampone.

#### RICHIEDE L'ESECUZIONE

Del Test immunocromatografico / Test rapido/ Test qualitativo

Oppure

Del Test Sierologico in Chemiluminescenza o Elisa / Test quali-quantitativo

Langhirano il .....

Firma .....

---

#### RICHIESTA DI ESECUZIONE DEL TAMPONE PRESSO LA STRUTTURA

Informato che il Valparma Hospital intrattiene rapporti di collaborazione con laboratori autorizzati all'esecuzione del test molecolare da tampone, informato del relativo onere a mio carico, richiedo di effettuare tale prestazione direttamente in struttura

Langhirano il.....

Firma .....