



**CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING
PER L'ESECUZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS COV-2 A SCUOLA**

Istituto Scolastico _____

Referente Covid Scuola _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ CF _____

In qualità di _____

ME STESSO (> 18aa) GENITORE TUTORE LEGALE

di (da compilare in caso di minore sospetto)

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il _____

CF _____

DICHIARO DI

Aver letto e compreso l'informativa relativa all'esecuzione del test di screening per SARS –CoV2 a scuola: che può essere:

1. Il test rapido antigenico, che consiste in un prelievo di campione delle secrezioni delle vie aeree superiori mediante tampone, in grado di fornire un esito entro 15 minuti. Il test antigenico rapido è stato validato dal Laboratorio di Virologia dell'Istituto Spallanzani di Roma su richiesta del Ministero della Salute e della Regione Veneto, è altamente affidabile e può essere processato in sede extraospedaliera e rappresenta lo strumento più idoneo per individuare velocemente ed isolare con tempestività soggetti positivi al SARS COV-2. (Vedi circ. del Ministero della salute –prot. 0031400 del 29.09.2020).
2. Il tampone tradizionale con metodica di biologia molecolare, che consiste in un prelievo di campione delle secrezioni delle vie aeree superiori mediante tampone, in grado di fornire un esito entro 24 ore. L'analisi del campione viene effettuata in un laboratorio di microbiologia dove vengono poi isolate ed amplificate le eventuali tracce di Rna virale. Il tampone molecolare rappresenta il metodo di riferimento per la diagnosi di COVID19 e viene eseguito per conferma del tampone positivo ottenuto con metodo di ricerca dell'antigene.



ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Data _____

Firma (leggibile) _____

Accenso il trattamento dei dati ai fini di prevenzione del Contagio Covid 19

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