

**CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE Di SCREEN TEST DENGUE COMBO**

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Contatto telefonico \_\_\_\_\_

**DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE/INCAPACE**

In qualità di genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ in qualità  
in genitore / tutore legale / soggetto affidatario del minore sopra generalizzato,  
ACCONSENTE  
all'effettuazione su di esso di Screen Test Dengue Combo

dichiara di avere letto l'informativa e di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere dei test di screening, inclusi gli scopi e i possibili rischi.  
Presto il consenso informato all'esecuzione del seguente test:

|      |                 |
|------|-----------------|
| Data | Firma leggibile |
|------|-----------------|

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRA' L'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Esprimo il consenso a ricevere il referto del test tramite e-mail o Whatsapp o altra applicazione di messaggistica istantanea come indicato sopra (consenso necessario per ricevere il referto telematico)

Vedi l'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Firma \_\_\_\_\_