

**ATTENZIONE: Non stampare queste pagine in fronte/retro**

# Riepilogo Prenotazione

**NUMERO PRENOTAZIONE: 20220122000000164122**

Data Inoltro: 22/01/2022 16:41

Costo tampone: Maggiorenni 15 € | Minorenni: 8 € MOLECOLARE: 70 €

## Cliente

**INDIRIZZO: VIA RESIDENZA FONTANA, SNCSEGRATE(MILANO)**

## Prenotazione di TAMPONE RAPIDO COVID 19 - CENTRO CIVICO REDECESIO (DAL 24/1/2022)

**CENTRO CIVICO DI REDECESIO -VIA VERDI 30-**

**Data: 25/01/2022**

**Ora: 18:10**

**Posti prenotati: 1**

**Costo tampone: Maggiorenni 15 € |  
Minorenni: 8 €**



## Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

[Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 Ag.RDTs]

Il sottoscritto [I, the undersigned]: GAGLIARDI MAURO FRANCESCO | Codice fiscale [fiscal code]: GGLMFR69A31F2050

Nato il [born in]: 31/01/1969 Residente in [resident in]: - SEGRATE (MILANO) Indirizzo: [address]: VIA RESIDENZA FONTANA, SNC

Tel.: 3398100631 Cell.: E-mail: MAUROF.GAGLIARDI@GMAIL.COM

**Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che comunque fortemente consigliata**

*(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)*

**In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, obbligatorio inserire le successive informazioni richieste**

*(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)*

In qualità di [as the] GENITORE del minore di seguito indicato [of the minor]

Cognome (del minore) [minor's last name] GAGLIARDI Nome (del minore) [minor's first name] FRANCESCO

Cod. Fisc (del minore) [minor's fiscal code] GGLFNC11L22I577F

**Dichiaro:**

**o di non avere sintomatologia respiratoria (o assimilabile) o febbre superiore a 37.5 C;**

**o di essere stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

[I hereby declare have not respiratory symptoms (or similar) or temperature above 37.5 C and to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab to detect Covid-19 Ag-RDTs and to the procedures aforementioned.]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_

**Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.**

[Furthermore, I hereby acknowledge that I have read, and do hereby accept the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_



**Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare obbligatorio sottoscrivere una sola delle seguenti dichiarazioni**

[In case the individual is required to take the molecular test, it is mandatory to choose and sign one of the following statements]

**o Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare**

[I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_

**o Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di non aver ricevuto la prenotazione del Test Molecolare causa indisponibilit  del Sistema di Prenotazione**

[I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and NOT to have received the appointment information regarding the molecular test due to a malfunction of the booking system)]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_

**o Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver rifiutato la prenotazione del Test Molecolare. Inoltre dichiaro di provvedere tempestivamente e in forma autonoma, a sottopormi al Test Molecolare presso un Laboratorio Autorizzato da me scelto.**

[I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have refused to schedule the molecular test appointment. Furthermore, I declare to promptly book an appointment independently and take the molecular test in an accredited laboratory I will choose]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI TEST EFFETTUATO PRESSO IL DOMICILIO DEL CITTADINO, QUESTI DOVRA SOTTOSCRIVERE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE LA SUCCESSIVA DICHIARAZIONE E NESSUNA DELLE DICHIARAZIONI SUINDICATE**

[In case the test is performed at the patient s home, he/she will have to sign only the following statement)]

**o Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico (Test Molecolare)**

[I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests (molecular test)]

Data [date]: \_\_\_\_\_ Firma leggibile [signature]: \_\_\_\_\_