

**Autocertificazione**  
(art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Con questo modello è possibile presentare una autocertificazione stati, qualità personali e fatti che riguardano il firmatario (art. 46 del DPR n. 445/2000, ved retro).

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Comune, Provincia o Stato estero)*

Residente a: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

DI PRENDERE PARTE ALLA COMPETIZIONE SPORTIVA

\_\_\_\_\_

CHE SI TERRÀ PRESSO

\_\_\_\_\_

IN DATA

\_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI

\_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

A seguito della lettura di quanto sopra riportato Le chiediamo di sottoscrivere il presente consenso informato all'esecuzione del tampone rinofaringeo compilando il seguente modulo in maniera chiara. Il modulo dovrà essere consegnato al personale sanitario al momento dell'esecuzione del test.

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
In (Via/Corso) \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Indirizzo email: \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

#### IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE:

Padre/madre/tutore legale \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
In (Via/Corso) \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

- **Esprimo il mio consenso alla raccolta, conservazione e utilizzo del materiale biologico e al trattamento dei dati personali a seguito del prelievo del campione prelevato al sottoscritto in data odierna o prelevato a mio/a figlio/a/minorenne o a soggetto sottoposto alla mia tutela**
- **Sono consapevole che un eventuale esito positivo comporta l'isolamento fiduciario immediato in attesa delle indicazioni del medico curante e/o delle autorità sanitarie.**
- **Sono consapevole che un risultato positivo debba essere comunicato tempestivamente al medico curante.**
- **Sono consapevole che il risultato del mio test verrà comunicato alle autorità sanitarie per fini epidemiologici nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679).**
- **Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del covid-19.**

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso il significato del test e si impegna a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere.

Firma del richiedente il Test \_\_\_\_\_

Se minorenne:

nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello e Firma:

\_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_