

**MODULO RACCOLTA ESPRESSIONE DI DINIEGO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE
ANTIGENICO/MOLECOLARE**

Il sottoscritto:

NOME _____ COGNOME _____

Data di nascita _____ SESSO [F] [M]

All'atto dell'accesso presso il DEA/PS del Presidio Ospedaliero di _____

DICHIARA

di non essere in possesso di un referto di tampone antigenico/molecolare per ricerca SARS-CoV-2 eseguito nelle 48 ore precedenti

di rifiutare di essere sottoposto a tampone antigenico/molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 presso il DEA/PS

di essere stato debitamente informato del fatto che il rifiuto all'esecuzione del tampone implica l'applicazione di precauzioni atte a tutelare la salute degli altri pazienti, oltre che la propria, e che pertanto verrà considerato come potenzialmente Covid-positivo ed inserito in separato percorso destinato ai pazienti sospetti Covid.

DATA _____

FIRMA _____