

DECLARAÇÃO - CONSENTIMENTO INFORMADO

Para realização, em instituição científica ou de ensino superior, de teste laboratorial para SARS-CoV-2 a estudantes/docentes/investigadores/técnico e administrativo/bolseiros/serviços externos.

Designação da instituição científica ou de ensino superior: **Politécnico de Leiria**

Estudante Docente Técnico e Administrativo Investigador Bolseiro Serviços Externos

(assinalar com X a opção correspondente)

Nome: _____.

Número de utente de saúde: _____.

Número do cartão de cidadão: _____.

Residência: _____;

Concelho: _____; Distrito: _____.

Telemóvel n.º: _____; Endereço Eletrónico: _____.

Fui diagnosticado com COVID-19 há menos de 90 dias [não deve realizar teste]

Declaro que consinto não consinto (assinalar com X a opção pretendida) que me seja realizado teste laboratorial para SARS-CoV-2.

Mais declaro que me foi previamente facultada toda a informação necessária, enquadramento legal e sanitário, adequados à realização do teste, bem como me foi dada a garantia de que os dados constantes do presente consentimento e os que resultem do teste efetuado serão utilizados exclusivamente pelas autoridades sanitárias, em articulação com a minha instituição científica ou de ensino superior, para efeitos de sinalização de casos positivos, permanecendo os dados pessoais salvaguardados nos termos do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados e na demais legislação geral e especial em vigor.

_____, ____/____/2021.

O Declarante: _____

A PREENCHER NO CHECK-IN PELOS SERVIÇOS

Em caso de necessidade preencher:

NIF:

Código Postal:

Sexo: F M

Código Único:

Local de Testagem: