

**ORARIO PRENOTAZIONE**

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ e residente in _____
 Via _____
 Codice Fiscale * _____ e
 reperibile al seguente recapito telefonico diretto * _____ Indirizzo e-mail

Tipo di documento (da allegare) _____ n. _____
 Rilasciato da _____ in data _____

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia **FARMACIA SAN PAOLO DR COLALTO**
 (denominazione) Via **P.ZZA DE L'OSTO** n. **37**, Comune
SAN GIOVANNI ILARIONE.(.) (VR)

e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Data _____ Firma leggibile _____

*campo obbligatorio

STAMPA REFERTO

STAMPA GREENPASS

SOLO SMS



8b23b0c1



**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO
DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

Io sottoscritto/a _____ (nome) _____ (cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2.

Firma _____ data _____