

ORARIO PRENOTAZIONE:  
\_\_\_\_\_**INSERIRE I DATI DI CHI FA IL TAMPONE**

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 \_\_\_\_\_

**X MINORENNE FIRMA DEL GENITORE O TUTORE LEGALE**

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 \_\_\_\_\_

**X MINORENNE FIRMA DEL GENITORE  
O TUTORE LEGALE** STAMPA REFERTO STAMPA SOLO GREENPASS SOLO SMS/APP -NO STAMPA-

\*campo obbligatorio

TAMPONE SCOLASTICO X RIAMMISSIONE - CON RICETTA  
 (MEDIE E SUPERIORI)  
 (registrare sul portale "tampone studente")

TAMPONE SCOLASTICO X RIAMMISSIONE - ALLEGARE COMUNICAZIONE ULSS  
 (nido, materne, elementari, medie superiori) O ISTITUTO SCOLASTICOP  
 (registrare sul portale "screening popolazione ordinaria")

TAMPONE CHIUSURA QUARANTENA - CON RICETTA/PROVVEDIMENTO SISP  
 (allegare copia della ricetta o provvedimento) **X CONTATTI DI CASO: FINE QUARANTENA**

TAMPONE FINE ISOLAMENTO CON PROVVEDIMENTO DI ISOLAMENTO DELL'ULSS O MEDICO  
 (allegare copia della ricetta o provvedimento). **X POSITIVI: FINE ISOLAMENTO**

**IN CASO DI TAMPONI A MINORENNE  
INSERIRE I DATI DEL GENITORE O TUTORE LEGALE**

Allegato 3

**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 \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE**