



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 \_\_\_\_\_ (denominazione) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_ ( )

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



8b23b0c1

