



MODULO DI ADESIONE

AL PROTOCOLLO D'INTESA PER L'ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA
PER LA SORVEGLIANZA COVID-19
(DPR n. 445/2000 e s.m.i. -artt. 46, 47, 76)

Il/la sottoscritto/a .....
nato/a.....il.....
in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società.....
con sede legale in (indicare l'indirizzo completo).....
CF/Partita IVA .....
Telefono..... cell.....
PEC.....e-mail.....
e con riferimento alla farmacia “.....” (indicare la denominazione
della farmacia), codice ..... ubicata in Via .....
n..... CAP .....
Comune di .....Fraz. ....
Prov. ....Azienda ULSS n. ....

DICHIARA

- di effettuare il test rapido antigenico:
[ ] all'interno della farmacia in uno spazio con accesso dedicato, del tutto separato da quello destinato
alla attività ordinaria di vendita in modo da garantire la necessaria riservatezza e privacy e nel rispetto
delle condizioni stabilite nel Protocollo
[ ] all'interno della farmacia, nell'orario di chiusura
[ ] in spazio esterno adiacente alla farmacia

DICHIARA altresì

- di possedere i requisiti previsti dal presente Protocollo;
- di rispettare il Protocollo in tutto il suo contenuto.

Il/La sottoscritto/a allega copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_



7c86e9cb

