

**Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico
(tampono nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –**

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,
Cod. Fisc. _____, nato a _____ (_____) il _____,
Residente in _____ (_____), Via/Piazza _____, n. _____,
Tel./Cell _____, e-mail _____,

tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

<< >>

**In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test,
è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste**

in qualità di _____ del minore di seguito indicato
Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (DEL MINORE) _____
Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____ Data di Nascita (DEL MINORE) _____

Dichiaro di essere stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampono nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.

Data _____ Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.

Data _____ Firma leggibile _____

*Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare
è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione*

Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare

(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test)

Data _____ Firma leggibile _____