

## Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone 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) \_\_\_\_\_

Dichiaro di esser 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 tampone 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

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