

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 _____