

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19

Io sottoscritto/a (genitore) _____
residente in _____ Via _____ n° _____ documento di
riconoscimento _____ n° _____ in qualità di genitore/tutore di:
_____ nato/a a _____ il _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2.

DICHIARA di richiedere l'esecuzione del tampone perché:

- sono sintomatico
- sono un contatto di persona positiva
- sono un contatto stretto e devo fare il tampone di fine quarantena
- sono Covid positivo e devo fare il tampone di fine isolamento
- altro (specificare) _____

N° di telefono _____

Data _____ Firma leggibile _____