CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a _____nato/a a _____ il_____e residente in _____Via _____
Codice Fiscale * _____e reperibile al seguente recapito telefonico diretto * _____Indirizzo e-mail _____

Tipo di documento (da allegare) _____n._____
Rilasciato da _____in data_____

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia COMUNALE TOMBA (denominazione) Via VIA CENTRO n. 239, Comune VERONA (VR)

e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

Data _____ Firma leggibile_____

ed esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Chiedo di ricevere l'esito del test rapido all'indirizzo mail sopra indicato (barrare la casella prescelta):
Sì No

Data _____ Firma leggibile_____

*campo obbligatorio