



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 BASON DR SANDRO
 (denominazione) Via le Trento n. 68, Comune
Valdagno (VI) ()

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.

Data _____ Firma leggibile _____

*campo obbligatorio



8b23b0c1

