

DA COMPILARE SE IL SOGGETTO E' UN MINORE

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO Sars-CoV-2 IN FARMACIA

Io sottoscritto/a Nome e Cognome _____

Residente _____ in Via /Piazza _____

Documento di riconoscimento (CI o Patente) n° _____

in qualità di Genitore / Tutore di _____

nato/a a _____ il _____

Documento di riconoscimento del minore (CI) n° _____

Scadenza _____

Codice Fiscale del minore _____

Ultime 8 cifre della TS _____ Scadenza della TS _____

Numero di Telefono _____

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

Data e Firma
