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

Io sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ Via _____

Codice Fiscale _____

reperibile al seguente recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Tipo di documento (barrare la voce che interessa):

- ☐ Carta di identità
- ☐ Patente
- ☐ Passaporto
- ☐ Altro (indicare)

Numero	Rilasciato da	in data

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARO

di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati per la partecipazione all'iniziativa inerente l'esecuzione di test antigenico rapido in farmacia per la ricerca di sars-cov-2 nell'ambito della sorveglianza Covid-19 esposta presso la farmacia ……. e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

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 alle Autorità sanitarie competenti.

Data	Firma leggibile