

## MODULO MAGGIORENNI

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

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
numero di telefono cellulare \_\_\_\_\_

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 disponibile presso la farmacia SANTARELLO S.A.S;
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare 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.

#### ACCONSENTO

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## MODULO MINORENNI

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

#### **(DATI MINORE)**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
numero di telefono cellulare \_\_\_\_\_

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 disponibile presso la farmacia SANTARELLO S.A.S;
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare 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.

#### **ACCONSENTO**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Firma (genitore) \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

---

#### **(DATI GENITORE)**

Io sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Firma (genitore) \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_