

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA**

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** _____

codice fiscale _____

e-mail _____

cellulare _____

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

acconsento ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali

Firma _____ data _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA -----

Il sopraindicato MINORENNE ha eseguito in data odierna alle ore

Presso la Farmacia Molara della Dr.ssa R.M. Pizzitola & C. s.n.c. il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Palermo

Il Farmacista esecutore

.....