

AI SENSI DELL'ART.46 DPR 28/12/2020 N. 445

DICHIARO

NOME.....COGNOME.....

NATO/A.....IL.....

Codice fiscale

E-MAIL.....CELLULARE.....

ACCONSENTO all'esecuzione del test antigenico rapido.

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 del dichiarante

.....

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Il sopraindicato dichiarante 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

.....