

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

DICHIARO

NOME e COGNOME.....

NATA/O A IL.....

DOMICILIO.....

DOCUMENTON°.....DEL.....

RILASCIATO DA DATA DI SCADENZA.....

CELLULARE.....

CODICE FISCALE.....

- **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

PALERMO, DATA.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore
presso questa Farmacia il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

data, timbro e firma