

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI
CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

NOME DELL'ADULTO

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____

cellulare _____

in qualità di **GENITORE** **TUTORE** **SOGGETTO AFFIDATARIO**

NOME DEL MINORE

di: (nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

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 del dichiarante

Palermo, **data** _____

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

NEGATIVO

POSITIVO

Data, timbro e firma