



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

Io sottoscritto/a * nato/a a _____ il _____ e residente in _____ Via _____

Codice Fiscale * reperibile al seguente recapito telefonico diretto _____ Indirizzo e-mail _____

Tipo di documento (da allegare) _____ n. _____ Rilasciato da _____ in data _____

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia ARMANI s.a.s. (denominazione) Via Tanaro n. 7, Comune Verona (vr)

e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo 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.

Data _____ Firma leggibile _____

*campo obbligatorio

A CURA DELL'OPERATORE :
- TIMBRO FARMACIA:

A CURA DEL PAZIENTE, SEGNARE CON UNA "X" LA MOTIVAZIONE DEL TEST RAPIDO:

[] SCREENING VOLONTARIO

[] CHIUSURA ISOLAMENTO



8b23b0c1

