

## MODULO PER MINORI

Presentare in originale la tessera sanitaria di chi si sottopone al test

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

(Compilare con i dati del minore e la firma del genitore)

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

#### DICHIARO

- di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la FARMACIA POZZI DI POZZI PERTEGHELLA CHIARA in Bassano del Grappa (VI);
- di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- di dare 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 del genitore/tutore \_\_\_\_\_

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2, presso la Farmacia Pozzi di Pozzi Perteghella dott.ssa Chiara in Bassano del Grappa.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del genitore/tutore \_\_\_\_\_

#### I PRENOTATI HANNO PRIORITÀ SUI NON PRENOTATI

PARTE RISERVATA A FARMACIA POZZI							
DATA ____/____/____ TEST EFFETTUATO ALLE ORE ____:____ CONTROLLO ALLE ORE ____:____ ESITO: _____ OPERATORE SANITARIO: _____  <b>NOTE:</b>  <table border="1"><tr><td>GRT</td><td>AUTOR.</td><td></td></tr></table>	GRT	AUTOR.		CODIFICHE			
	GRT	AUTOR.					
	<b>ORD</b>	<b>CAL</b>	<b>12-17</b>	<b>&gt;12</b>	<b>ESE</b>		
	<b>CAS</b>	<b>POS</b>	<b>SAT</b>	<b>WEL</b>			
	AZIENDA/ORGANIZZAZIONE						
	<b>DDT</b>	nome azienda		<b>P S/N</b>			
	<b>FT IMM</b>						
<b>CAS</b>	<b>POS</b>	<b>BON</b>					
OPERATORE AMMINISTRATIVO							