

**CONSENSO 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

- 1) di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- 2) di voler effettuare il test antigenico rapido per la ricerca di SARS-Cov-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19.

Data _____ Firma leggibile _____

DICHIARO inoltre

- 1) di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 disponibile presso la Farmacia San Gaetano Piazza Risorgimento n. 21, Comune di Lendinara (RO)

Data _____ Firma leggibile _____

*campo obbligatorio