

**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 _____ (nome) _____ (cognome)

Residente in _____ Via _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

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

Firma _____ data _____