

Allegato 6

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus; il campionamento sarà eseguito da me stesso.

Firma _____

Data _____

CODICE FISCALE DEL MINORE _____

DATA DI NASCITA DEL MINORE _____

NUMERO DI CELLULARE
(GENITORE/TUTORE) _____