

Allegato 6. Aggiornato a settembre 2021

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE 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) _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla
ricerca dell'antigene del coronavirus.

Firma _____

Data _____

CODICE FISCALE DEL MINORE _____**DATA DI NASCITA DEL MINORE** _____**NUMERO DI TELEFONO DEL GENITORE/TUTORE** _____