

**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 Tre Colombine, Via Baruchello n. 30, Comune di Rovigo (RO)

Data _____ Firma leggibile _____

*campo obbligatorio