FARMACIA SAN CRISTOFORO sas
Dott. Nobis
Tel. 02 – 4155966
Piazza Tirana

Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

DATI ADULTO

Il sottoscritto COGNOME (LAST NAME) _____,

NOME (FIRST NAME) _____,

Cod.Fisc. (DOCUMENT)_____,

Cell _____, e-mail_____,

tutte le informazioni indicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

nato a (PLACE OF BIRTH) _____ il (DATE OF BIRTH) _____,

Residente in _____ (_____), Via/Piazza_____, n. _____,

DATI MINORE

(MINOR'S DOCUMENTS) In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

in qualità di _____ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) _____Nome (DEL MINORE) _____

Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____

Data di nascita (DEL MINORE) _____

FIRME

Dichiaro di esser stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.

Data (DATE) _____ **Firma leggibile (SIGN)**_____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.

Data (DATE) _____ **Firma leggibile (SIGN)**_____

QR CARTACEO

PER RILASCIO CARTACEO CERTIFICAZIONE VERDE (GREEN PASS) QR CODE:

Ultime 8 cifre del n. Tessera sanitaria __ __ __ __ __ __ __ __

Data scadenza Tessera Sanitaria __ __ / __ __ / __ __ __ __