**Consenso informato e adesione per l’effettuazione del test antigenico**

**(tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –**

*(Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 – Ag.RDTs – )*

**DATI ADULTO** Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOME)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *I, the undersigned, (LAST NAME) (NAME)*

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Tax Code) (born in) on*

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ *(Living in) Address*

Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Phone number)*

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la e-mail che è comunque fortemente consigliata

*(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested*

| **Informazioni obbligatorie richieste in caso di accompagnamento di minore per l’effettuazione del test,**  *(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)*  in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato  *As the of the minor*  Cognome (**DEL MINORE**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome (**DEL MINORE**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(minor’s LAST NAME) (minor’s FIRST NAME)*  Cod. Fisc. (**DEL MINORE**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(minor’s Fiscal Code)* |
| --- |

**Dichiaro**

- **di non avere sintomatologia respiratoria (o assimilabile) o febbre superiore a 37.5°C;**

- **di essere 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 - di tipologia indicatomi - per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

*(I hereby declare:*

*- not to have respiratory symptoms (or similar) or body temperature above 37.5° C.*

*-to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab – whose type has been previously specified - to detect Covid-19 – Ag-RDTs and to the aforementioned procedures.)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Date Signature* **Dichiaro**

**di aver preso atto dell’informativa di cui all’Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.** *(Furthermore, I hereby acknowledge that I have read and accepted the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Date Signature*

| **Dichiaro di sottopormi al Test sulla base della seguente prescrizione:**  *(I hereby declare to take the test according to the following prescription*  **ATS COMPETENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *Issuing ATS*  **Nome SCUOLA/IST. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primaria Secondaria** *School – [da indicare solo in caso di Sorveglianza o Quarantena Scolastica]*  **N. PROVVEDIMENTO/RICETTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **DATA PROVVEDIMENTO/RICETTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** data (*Date)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile (*Signature)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |