DATA _____

NUM. _____

ORA RACC _____

ESITO _____

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI 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_____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) _____

di _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale * _____

DICHIARO

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 **FARMACIA LANCINI S.n.c.** di Filoso Dr.ssa Francesca & C. Via Valsugana n. 130, Comune San Giorgio in Bosco (PD)
2) di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

E pertanto

□ **Acconsento** □ **Non Acconsento**

alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2.

Data _____ Firma leggibile_____

*campo obbligatorio