

DATA _____

REGIONE DEL VENETO



NUM. _____

ORA RACC _____

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

ESITO _____

**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

Accenso

Non Accenso

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

Data _____

Firma leggibile _____

*campo obbligatorio

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286