

## SCRIVERE I DATI DI CHI EFFETTUA IL TAMPONE

### CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
reperibile al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Tipo di documento (barrare la voce che interessa):

- Carta di identità  Patente  
 Passaporto  Altro (indicare)

| Numero | Rilasciato da | in data |
|--------|---------------|---------|
|        |               |         |

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

#### DICHIARO

di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati per la partecipazione all'iniziativa inerente l'esecuzione di test antigenico rapido in farmacia per la ricerca di sars-cov-2 nell'ambito della sorveglianza Covid-19 esposta presso **FARMACIE MERLO SRL - CONSELVE (PD) codice 32** e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

Esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito alle Autorità sanitarie competenti.

|      |                 |
|------|-----------------|
| Data | Firma leggibile |
|------|-----------------|