

**MODULO DI 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 _____ (nome) _____ (cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____

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

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____

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

Firma _____ data _____

CF BAMBINO

CELL GENITORE

ESITO

ORA

FARMACISTA ESECUTORE