## 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