

REGIONE del VENETO

ALLEGATO A3 DGR n. 1864 del 29 dicembre 2020

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

Io sottoscritto
nato/a il e
residente in via città.....
CODICE FISCALE *
reperibile al **numero telefonico diretto***
E-Mail.....

TIPO DOCUMENTO *
Numero

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa disponibile presso la farmacia **AL REDENTORE srl**
Rio Terrà delle Botteghe 28/30 Comune di Caorle e di non incorrere in una delle cause di esclusione
dall'effettuazione del test antigenico rapido , ivi previste .

Io sottoscrittoesercitando la Rappresentanza legale
in qualità di (genitore o amministratore di sostegno)
di
autorizzo l'esecuzione del tampone test COVID-19 ,

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

Data.....Luogo

Firma

* campo obbligatorio