

Carta Intestata Farmacia o timbro

Consenso informato

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residenza _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice Fiscale _____

Telefono/cellulare _____

Email _____

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di (*da compilare in caso di minore*)

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Frequentante la Scuola _____

Classe _____

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Dichiaro altresì:

- di non aver avuto negli ultimi 10 giorni contatti con persone affette da Covid-19;
- di non avere febbre superiore a 37.5°;
- di non avere sintomatologia respiratoria;
- di non avere altri sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (anosmia).

Data _____ Firma _____