

# Consenso informato e adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

(Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 – Ag.RDTs –)

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_  
I, the undersigned, (LAST NAME) (NAME)

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(Tax Code) (born in) on

Residente in \_\_\_\_\_ ( ), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
(Living in) Address

Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
(Phone number)

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la e-mail che è comunque fortemente consigliata  
(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)

## Informazioni obbligatorie richieste in caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test,

(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato  
As the \_\_\_\_\_ of the minor

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
(minor's LAST NAME) (minor's FIRST NAME)

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
(minor's Fiscal Code)

## Dichiaro

- di non avere sintomatologia respiratoria (o assimilabile) o febbre superiore a 37.5°C;
- di essere stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo - di tipologia indicati - per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.

(I hereby declare:

- not to have respiratory symptoms (or similar) or body temperature above 37.5° C.

- to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab, - whose type has been previously specified - to detect Covid-19 – Ag-RDTs and to the aforementioned procedures.)

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

## Dichiaro

di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.  
(Furthermore, I hereby acknowledge that I have read and accepted the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.)

Data \_\_\_\_\_  
Date

Firma leggibile \_\_\_\_\_  
Signature

## Dichiaro di sottopormi al Test sulla base della seguente prescrizione:

(I hereby declare to take the test according to the following prescription)

ATS COMPETENTE \_\_\_\_\_  
Issuing ATS

Nome SCUOLA/IST. \_\_\_\_\_  
School – [da indicare solo in caso di Sorveglianza o Quarantena Scolastica]

Primaria  Secondaria

N. PROVVEDIMENTO/RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA PROVVEDIMENTO/RICETTA: \_\_\_\_\_  
Prescription NUMBER Prescription DATE

Data (Date) \_\_\_\_\_ Firma leggibile (Signature) \_\_\_\_\_