

**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 _____
(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 _____