

FAC SIMILE

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) ROSSI (NOME) GINO
 I, the undersigned, (LAST NAME) (NAME)
 Cod. Fisc. RSSGNIE8B16E87U nato a MANOVA () il 16/02/68
 (Tax Code) (born in) on
 Residente in MARINOLO (), Via/Piazza PALLANZA, n. 13
 (Living in) Address
 Tel./Cell 367 12 12 631, e-mail gino.rossi.68@yahoo.it
 (Phone number)

CARTA IDENTITA'

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 PADRE del minore di seguito indicato
 As the of the minor
 Cognome (DEL MINORE) ROSSI Nome (DEL MINORE) ROSALBA
 (minor's LAST NAME) (minor's FIRST NAME)
 Cod. Fisc. (DEL MINORE) RSSRLBOSCH43E87AB 16/03/2005
 (minor's Fiscal Code)

FIGLIO

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 indicatomi - 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 25/01/22 Firma leggibile Rossini Gino
 Date 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 25/01/22 Firma leggibile Rossini Gino
 Date Signature

Dichiaro di sottopormi al Test sulla base della seguente prescrizione:

RIQUADRO DA COMPILARE PER PRENOTAZIONI ESENTI

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

ATS COMPETENTE 327 VAL PADANA
 Issuing ATS
 Nome SCUOLA/IST. SCUOLA TARZOLI Primaria Secondaria
 School - [da indicare solo in caso di Sorveglianza o Quarantena Scolastica]
 N. PROVVEDIMENTO/RICETTA: 673211 DATA PROVVEDIMENTO/RICETTA: 24/01/22
 Prescription NUMBER Prescription DATE
 Data (Date) 25/01/22 Firma leggibile (Signature) Rossini Gino