

# 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 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 \_\_\_\_\_  
*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. \_\_\_\_\_  Primaria  Secondaria  
*School – [da indicare solo in caso di Sorveglianza o Quarantena Scolastica]*

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

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