

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
SOMMINISTRAZIONE VOLONTARIA TEST RAPIDO ANTIGENICO
COMUNE DI SAN BASILIO

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente a _____

Telefono _____ Cod. Fisc. _____

Mansione lavorativa _____

Eventuali patologie _____

ACCONSENTE

a sottoporsi volontariamente al Test STANDARD Q COVID-19 Ag Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-CoV-2.

Data _____ Firma dell'interessato _____

IN CASO DI MINORI:

ACCONSENTE

che il proprio figlio/a _____ nato a _____

il _____

possa sottoporsi all'esecuzione del Test STANDARD Q COVID 19 Ag Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-CoV-2.

Data _____ Firma genitore del minore _____