



**CONSENSO INFORMATIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER  
LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID 19**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \* \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Tipo di documento (*da allegare*) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia **"ALLE CATENE"**

Via **Trieste n. 179**, Comune **Venezia (VE)**

e di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

ed esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

\* *campo obbligatorio*