

**ADESIONE ALL'EFFETUAZIONE DEL TEST IMMUNOLOGIVO PER LA DETERMINAZIONE  
QUALITATIVA DEGLI ANTIGENI DELLO STREPTOCOCCO B-EMOLITICO DI GRUPPO A IN TAMPONE  
FARINGEO**

**(Consenso informato ex art.1, comma 3 della LEGGE 22 dicembre 2017 n.219.)**

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_,

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Tipo di documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste  
in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato in modo esaustivo, nell'ambito di un colloquio con un operatore sanitario, sulle  
caratteristiche del test somministrato, sulle modalità di esecuzione dell'esame, sui benefici e sui rischi, sul significato dell'esito  
positivo o negativo del test e sulle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e

esprime il proprio consenso informato all'effettuazione del TEST IMMUNOLOGIVO PER LA DETERMINAZIONE QUALITATIVA  
DEGLI ANTIGENI DELLO STREPTOCOCCO B-EMOLITICO DI GRUPPO A IN TAMPONE FARINGEO

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

**Informativa privacy (art. 13 del Regolamento 679/2016/UE - GDPR)**

Il sottoscritto sopra indicato dichiara di aver preso atto dell'informativa privacy di cui all'art.13 del "General Data Protection  
Regulation", resa in Farmacia.

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