

# 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) \_\_\_\_\_

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
on

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

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

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata  
(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)

TAMPONE EFFETTUATO PER:  CONTROLLO  FINE ISOLAMENTO

**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. \_\_\_\_\_

Documento tipo : \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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 altresì 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

**PRENOTA IL TUO TAMPONE SU : [agenda.asfarm.it](http://agenda.asfarm.it)**