

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 _____,
(Fiscal Code) (born in) on

Residente in _____ (_____), Via/Piazza _____, n. _____,
(Resident in) Address

Tel./Cell _____, e-mail _____,
(Phone number)

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)

<< >>

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

(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 per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

(I hereby declare have not respiratory symptoms (or similar) or temperature above 37.5° C and 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 to detect Covid-19 – Ag-RDTs and to the procedures aforementioned.)

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 do hereby accept 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

Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare
è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione

(In case the individual is required to take the molecular test, it is mandatory to choose one of the following statements before signing below)

- **Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare**

(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test)

- **Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di non aver ricevuto la prenotazione del Test Molecolare causa indisponibilità delle agende su GPOPE**

(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and NOT to have received the appointment information regarding the molecular test due to GPOPE malfunction)

Data _____
Date

Firma leggibile _____
Signature