

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 _____
(Tax Code) (born in) on

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

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

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

Informazioni obbligatorie richieste in caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test,

(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 - 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

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

Dichiaro di sottopormi al Test sulla base della seguente prescrizione:

(I hereby declare to take the test according to the following prescription)

ATS COMPETENTE MILANO
Issuing ATS

Nome SCUOLA/IST. _____ Primaria Secondaria
School – [da indicare solo in caso di Sorveglianza o Quarantena Scolastica]

N. PROVVEDIMENTO/RICETTA: _____ DATA PROVVEDIMENTO/RICETTA: _____
Prescription NUMBER Prescription DATE

Data (Date) _____ Firma leggibile (Signature) _____