

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE (0-17 anni)

ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

data di nascita _____ Cod. fiscale _____

Cod. fiscale minore _____

documento di riconoscimento _____

contatto telefonico _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus.

DICHIARO CHE MIO FIGLIO

e' esente da vaccinazione in possesso di certificazione (di cui alla nota regionale prot.05/08/2021 0716410.U)

numero esenzione _____

ha tra 0 e 11 anni quindi eseguirà il tampone a pagamento (15,00 €)

ha tra 12 e 17 anni quindi eseguirà il tampone a pagamento (8,00 €)

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

Firma _____

Data _____