

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

CONSENSO
ALL'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO
PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19

Io sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____ e residente
 in _____ Via _____
 Codice Fiscale * _____
 reperibile al seguente recapito telefonico diretto * _____
 Indirizzo e-mail _____
 Tipo di documento (da allegare) _____ n. _____
 Rilasciato da _____ in data _____

DICHIARO

- 1) di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 disponibile presso la Farmacia _____
 Via _____ n. _____, Comune _____ ()
- 2) di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

E pertanto

Acconsento

Non Acconsento

a voler effettuare il test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19, con successivo inserimento dell'esito nel Sistema di Bio-sorveglianza per le successive azioni da parte del Dipartimento di Prevenzione competente territorialmente.

Data _____

Firma leggibile _____

*campo obbligatorio