

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE

ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO

Io sottoscritto (Nome) (Cognome).....

residente in Via.....

documento di riconoscimento

.....

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di:

(Nome) (Cognome).....

Codice Fiscale

documento di riconoscimento

ACCONSENTO

alla sua partecipazione all'esecuzione del tampone rapido, sotto l'egida della farmacia, rivolta alla ricerca di antigene SARS-CoV-2, in mia presenza.

Data

.....

Firma

.....