

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE
ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO**

Io sottoscritto (Nome) (Cognome).....
residente in Via.....
documento di riconoscimento
.....
Codice Fiscale

ACCONSENTO

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

Data

.....

Firma

.....