

# 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. \_\_\_\_\_  
*(Fiscal Code)*

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,  
*(born in) on*

Residente in \_\_\_\_\_ ( ), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
*(Resident in) Address*

Tel./Cell \_\_\_\_\_,  
*(Phone number)*

e-mail \_\_\_\_\_,

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

*(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)*

<< >>

## In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

*(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) \_\_\_\_\_  
*(minor's LAST NAME)*

Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
*(minor's FIRST NAME)*

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
*(minor's Fiscal Code)*

**eDichiaro**

- **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 per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

*(I hereby declare have not respiratory symptoms (or similar) or temperature above 37.5° C and 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 to detect Covid-19 - Ag-RDTs and to the procedures aforementioned.)*

Data \_\_\_\_\_

*Date*

Firma leggibile \_\_\_\_\_

*Signature*

**Dichiaro altresì 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 do hereby accept 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*

**Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione**

*(In case the individual is required to take the molecular test, it is mandatory to choose one of the following statements before signing below)*

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test)*

- Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di non aver ricevuto la prenotazione del Test Molecolare causa indisponibilità delle agende su GPOPE**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and NOT to have received the appointment information regarding the molecular test due to GPOPE malfunction)*

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

*Date*

*Signature*