

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