



Città di Avigliano
(Provincia di Potenza)

CAMPAGNA SCREENING

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il _____, numero di telefono _____,

Indirizzo di residenza: città _____

via _____ n°civico _____

genitore o tutore legale dell'alunno _____ nato/a a _____

_____, il _____ Indirizzo di residenza: città _____

CODICE FISCALE: _____

DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame

SARS-Cov-2 Test Antigenico Rapido

Acconsoento inoltre alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto dalle normative regionali), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Recapiti del medico curante (qualora non sia possibile registrarli nel sistema informatico di accettazione):

nome e cognome

Data _____

Firma (leggibile) _____

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso
