

Carta Intestata Farmacia

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Denominazione e sede della scuola frequentata: _____
Classe _____

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2 e all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____



Regione Umbria



investiamo nel tuo futuro