

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

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di (Nome) \_\_\_\_\_ (Co-  
gnome) \_\_\_\_\_

acconsento

alla sua partecipazione all'esecuzione del tampone rapido, sotto l'egida della Farmacia, rivolto alla ricerca  
di antigene SARS-CoV-2, in mia presenza.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_