

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