MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE (0-17 anni)

B

ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS

Io sottoscritto-**GENITORE** (Nome)_____(Cognome)_____

nato il ____/_____/_____ a _____(_____)

residente in_____, Via _____

documento di riconoscimento_____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario del **MINORE**

(Nome)_____(Cognome)_____

Codice fiscale del MINORE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefono cellulare GENITORE _____,

☐ **Risposta esito tramite SMS o Fascicolo Elettronico**
(non occorre attendere in Farmacia)

☐ **Risposta esito stampato senza QrCode**
(tempo di attesa 15/30 minuti)

☐ **Attesa stampa Green Pass con QrCode**
(tempo di attesa 15/30 minuti)

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolato alla ricerca dell'antigene del coronavirus.

DICHIARO CHE MIO FIGLIO

☐ ha tra 0 e 11 anni quindi eseguirà il tampone a pagamento (15,00 €)

☐ ha tra 12 e 17 anni quindi eseguirà il tampone a pagamento (8,00 €)

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

Che non presenta uno dei seguenti sintomi:

- febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

Data e ora: _____ **Firma**: _____