

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
