

FARMACIA CALATAFIMI S.A.S.

Del Dr Zanetti Andrea e c. Piazzale di Porta Lodovica 2

20136 MILANO tel.0258310347

Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

(Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 - Ag.RDTs -)

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,
(I, the undersigned, LAST NAME) (NAME)

Cod. Fisc. _____, nato a _____ il _____
(Fiscal Code) (born in) on

Residente in _____ (_____), Via/Piazza _____, n. _____,
(Resident in) Address

Tel./Cell _____,

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie
(All the informations above are mandatory)

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)

in qualità di _____ del minore di seguito indicato
As the of the minor

Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (MINORE) _____
(minor's LAST NAME) (minor's FIRST NAME)

Cod. Fisc. (DEL MINORE) _____
(minor's Fiscal Code)

Dichiaro

- di non avere sintomatologia respiratoria (o assimilabile) o febbre superiore a 37.5°C;
- di essere stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.

(I hereby declare have not respiratory symptoms (or similar) or temperature above 37.5° C and to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab to detect Covid-19 - Ag-RDTs and to the procedures aforementioned.)

Data _____
Date

Firma leggibile _____
Signature

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.

(Furthermore, I hereby acknowledge that I have read, and do hereby accept the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.)

Data _____
Date

Firma leggibile _____
Signature