

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO
DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

Io sottoscritto/a _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) di:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da Sars-CoV-2.

Data _____

Firma _____