

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:**

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____

reperibile al seguente recapito **telefonico diretto *** _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio SARS-COV-2

Data _____ Firma leggibile _____

campo obbligatorio



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:**

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____

reperibile al seguente recapito **telefonico diretto *** _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio SARS-COV-2

Data _____ Firma leggibile _____

*** campo obbligatorio**

