

Allegato 5**Carta Intestata Farmacia****Consenso informato**

Io sottoscritto/a	
Nato a	
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di (da compilare in caso di minore)

Nome e cognome	
Nato a	
Codice fiscale	
Che frequenta la Scuola _____ Classe _____	

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre _____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data _____

Firma _____