



**Regione del Veneto  
AZIENDA U.L.S.S. N. 5 POLESANA**

**CONSENSO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO  
PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \* \_\_\_\_\_  
reperibile al seguente recapito telefonico diretto \* \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Tipo di documento (da allegare) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

DICHIARO

- 1) di non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste;
- 2) di voler effettuare il test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19;

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

DICHIARO inoltre

- 1) di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 disponibile presso la Farmacia BEATA VERGINE DELLA SALUTE SNC  
Via VITTORIO EMANUELE II n.18 , Comune ARQUA' POLESINE (RO)

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

\*campo obbligatorio