



Farmacia  
**INTERNAZIONALE**

**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 \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

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.

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_