

AI SENSI DELL'ART. 46 DPR 28/12/2020 N. 445

DICHIARO

NOME..... COGNOME.....
DI ESSERE NATO/A A..... IL.....
DOMICILIO.....
DOC. RICONOSCIMENTO N°..... RILASCIATO DA.....
DATA DI RILASCIO..... DATA DI SCADENZA.....
EMAIL..... CELLULARE.....

ACCONSENTE all'esecuzione del test antigenico rapido.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore

Presso la Farmacia..... il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Luogo e data

Il Farmacista esecutore

.....