

**Regione del Veneto**  
**AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**

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

Io sottoscritto(NOME) \_\_\_\_\_ (COGNOME) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

reperibile al seguente recapito telefonico diretto \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Tipo di documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARO**

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 Andretta –Piazza Garibaldi 5-Padova

2) di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

3) di dare il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa, all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità sanitaria competente.

Data \_\_\_\_\_

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