

**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/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 aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 disponibile presso la Farmacia \_\_\_\_\_ FARMACIA LION SRL \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ GIACOMO PUCCINI \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_, Comune \_\_ LION DI ALBIGNASEGO \_\_ (PD)
- 2) di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

E pertanto

**Acconsento**       **Non Acconsento**

a voler effettuare il test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della sorveglianza COVID19, con successivo inserimento dell'esito nel Sistema di Bio-sorveglianza per le successive azioni da parte del Dipartimento di Prevenzione competente territorialmente.

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

\*campo obbligatorio