

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST  
RAPIDO NASALE IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

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

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

che frequenta la Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus; il campionamento sarà eseguito da me stesso.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_