



GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 6

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE
GRATUITA DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA SULLA PRESENZA DI
ANTIGENE SARS-CoV-2**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (Comune – Provincia) _____

Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

del Comune di _____ PROV _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico da parte del Farmacista, per la ricerca di antigene SARS-CoV-2, in mia presenza.

Data _____

Firma _____