

SCREENING COVID TRAMITE TEST RAPIDO ANTIGENE TAMPONE NASALE

Modulo di consenso alla partecipazione di minore all'esecuzione gratuita del test rapido antigene tampone nasale Cov-19

Il sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, Via _____
numero carta identità _____ Cellulare _____

In qualità di genitore, tutore legale, soggetto affidatario di
(Nome) _____ (Cognome) _____ che
frequenta la Scuola _____ Classe _____
acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del Test Rapido Antigene
tampone nasale Cov-19 in mia assenza.

In caso di positività, sarà effettuato un secondo test di conferma ed inserito il
nominativo sulla piattaforma e-Covid Sinfonia, l'app ufficiale della Regione Campania
per l'emergenza Covid-19.

Firma _____

Data _____

prenota il test
www.prenotatamponecovid.it