

## 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](http://www.prenotatamponecovid.it)**