



Comune
di Sassanoro

Croce Rossa Italiana
Comitato di Benevento



Croce Rossa Italiana

SCHEDA TEST ANTIGENICO COVID 19

(si prega di scrivere in modo leggibile)

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI A DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 D.P.R. N. 445/2000

DICHIARO:

COGNOME NOME

Data di nascita Comune di nascita

C.F. Estremi Doc.to Identità

Comune di Residenza Provincia di

Indirizzo Cellulare

Mail

CATEGORIE

SCUOLA ☐ MAGGIORENNI ☐ MINORENNI ☐ ISEE INFERIORE A € 6000 ☐

Il dispositivo SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit è un test rapido immunocromatografico diagnostico in vitro per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS-CoV-2 in campioni umani da tampone rinofaringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID-19.

IL SOTTOSCRITTO ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO A SOTTOPORSI AL TEST RAPIDO ANTIGENICO COVID-19 ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE D.L. 101/2018 e art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)

.....,
(LUOGO E DATA)

IN FEDE

ESITO TEST

NEGATIVO ☐

POSITIVO ☐

L'INFERMIERE IL DOTTORE