**Consenso informato e Adesione per l’effettuazione** **del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –**

*(Informed consent and acceptance to take the rapid antigen test (nasopharyngeal swab) to detect Covid-19 – Ag.RDTs – )*

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(I, the undersigned, Last name, Surname)* *(Name, Given name)*

Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Identity card number or Passport number – **underline the document chosen for the registration**)

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(born in–city of birth) (country of birth) (date of birth)*

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_,

*(Resident in-city) (Address)*

Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Phone number) (****IN STAMPATELLO MAIUSCOLO*** *–* ***IN CAPITAL LETTERS****)*

Tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

*(All the information above is mandatory, except for the e-mail which is highly suggested)*

**<< >>**

**In caso di accompagnamento di minore per l’effettuazione del test,**

**è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste**

*(If the test is taken by a minor, the parent/guardian has to fill out the following information)*

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato

*As the* *of the minor*

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(minor’s LAST NAME) (minor’s FIRST NAME)*

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(minor’s Identity card number or Passport number)*

**Dichiaro di esser stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

*(I hereby declare to have been informed thoroughly on the rules to follow in order to prevent and contain the spread of Covid-19 and I declare my compliance to undertake the rapid antigen test with a nasopharyngeal swab to detect Covid-19 – Ag-RDTs and to the procedures aforementioned.)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date Signature*

**Dichiaro altresì di aver preso atto dell’informativa di cui all’Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE** **"General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia.**

*(Furthermore, I hereby acknowledge that I have read, and do hereby accept the terms and conditions in the Article 13 of the "General Data Protection" Regulation 679/2016/UE, displayed in the pharmacy store.)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date Signature*

*Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare*

*è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione*

*(In case the individual is required to take the molecular test, it is mandatory to choose one of the following statements before signing below)*

* **Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and to have received the appointment information (date, time, place) regarding the molecular test)*

* **Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di non aver ricevuto la prenotazione del Test Molecolare causa indisponibilità delle agende su GPOPE**

*(I hereby declare to have been informed to carry on with further diagnostic tests and NOT to have received the appointment information regarding the molecular test due to GPOPE malfunction)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date Signature*

 **SE si desidera ricevere la certificazione verde (Green Pass) già stampata indicare i seguenti dati:**

Ultime 8 cifre del numero della tessera sanitaria
(sul retro e in fondo della tessera sanitaria): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di scadenza della tessera sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Numero della carta d’identità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

**DOPO L’ESECUZIONE DEL TEST, SI E’ PREGATI DI ASPETTARE L’ESITO AL DI FUORI DELLA FARMACIA (SUL LATO DI VIA MELCHIORRE GIOIA)**

**[AFTER THE EXECUTION OF THE TEST, PLEASE WAIT OUTSIDE OF THE PHARMACY FOR THE DELIVERY OF THE RESULT(ON THE SIDE OF STREET MELCHIORRE GIOIA)]**