**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI
CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

lo sottoscritto/a _____

residente in _____ via _____

documento riconoscimento _____

in qualità di genitore – tutore – soggetto affidatario – di

..... nato a il

Codice Fiscale*: _____ reperibile al telefono*

_____ Indirizzo e-mail _____

Tessera sanitaria _____ scadenza _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2.

Dichiaro

di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia dott.ssa Lucia Monaco, via Giavenale di Sopra n. 79 – Schio (VI) e che il minore/incapace non incorrere in una delle cause di esclusione dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

*campo obbligatorio

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa,

Può effettuare il test antigenico rapido il cittadino che non è a conoscenza di essere stato esposto a soggetti risultati positivi a SARS-CoV-2 ma intende ugualmente sottoporsi al test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2.

E' necessario indossare la mascherina chirurgica correttamente ed igienizzare le mani, esibire il codice fiscale e un documento di identità in corso di validità per le successive registrazioni nella piattaforma informatizzata dedicata;

NON può eseguire il test antigenico rapido in farmacia l'utente:

- con temperatura corporea maggiore di 37,5°C e/o sintomi potenzialmente riconducibili a COVID-19 (es: tosse, perdita dell'olfatto e/o del gusto, mal di gola, diarrea, dolori osteo-articolari di recente insorgenza, ecc.);
- l'utente che sia entrato in contatto stretto (es: convivente, collega che condivide lo stesso ufficio, altro) con soggetto risultato positivo a SARS-CoV-2 dalle 48h precedenti all'esecuzione del test;
- l'utente convivente di soggetto sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena;
- il soggetto sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena.

In caso di esito positivo:

a) tornare immediatamente al proprio domicilio e rimanervi isolandosi dai propri conviventi;

b) contattare telefonicamente il medico curante per le indispensabili indicazioni e misure da porre in atto, senza accedere direttamente all'ambulatorio;

c) rivolgersi al 118 e/o recarsi al Pronto Soccorso solo in caso di insorgenza di sintomatologia grave (es. difficoltà respiratoria, mancanza di respiro).

Per presa visione, data _____ Firma leggibile _____