

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

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_,  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

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

<< >>

**In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test,  
è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste**

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato  
Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Data di Nascita (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere 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 tampono nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.**

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

**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.**

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

*Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare  
è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione*

**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)*

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



**ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2**  
( TEST ANTIGENIC SARS CoV-2 RESULT TEST )

Cognome (Last Name) \_\_\_\_\_ Nome (First Name) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (Fiscal Code) \_\_\_\_\_

Data di nascita (Birth Date) \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita (Birth Place) \_\_\_\_\_

Residente in via (Resident in) \_\_\_\_\_

Numero di cellulare (Phone Number) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Tipo di ESITO	Risultato del Test (Test Result)
POSITIVO ** (Positive)	
NEGATIVO (Negative)	
INVALIDO ** (Not Valid)	

\*\* Nei casi di risultato positivo e/o invalido dovrà essere eseguito il tampone rinofaringeo molecolare di conferma e data immediata comunicazione ATS di Mantova per il tracciamento epidemiologico.

Nome e Cognome Operatore (Operator Name and Surname) \_\_\_\_\_

Struttura presso la quale è stato eseguito (Health Facility Performing The test) :

**Farmacia Gamba**

Via G. Leopardi, 27 - 46047 Porto Mantovano (MN) - Tel. 0376 398160 | 345 3212290  
[www.farmaciagambaportomantovano.it](http://www.farmaciagambaportomantovano.it) - [info@farmaciagambaportomantovano.it](mailto:info@farmaciagambaportomantovano.it)

Data (Date) \_\_\_\_\_

Firma Operatore (Operator Signature) \_\_\_\_\_

## ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2

NOME e COGNOME: \_\_\_\_\_, COD. FISC. \_\_\_\_\_

**ESITO** \_\_\_\_\_

<<< >>>

Luogo esecuzione Test Antigenico Rapido:

**Farmacia Gamba**

Via G. Leopardi, 27 - 46047 Porto Mantovano (MN) - Tel. 0376 398160 | 345 3212290  
www.farmaciegambaportomantovano.it - info@farmaciegambaportomantovano.it

Data esecuzione: \_\_\_\_\_

Numero Tamponi Antigenici eseguiti con esito

**NON VALIDO** prima dell'esito finale registrato nel  
presente modulo

**Operatore che ha letto e registrato l'esito del test:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_