

ACCORDO TRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLE FARMACIE CONVENZIONATE PER EFFETTUARE TEST DIAGNOSTICI RAPIDI PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI ANTI SARS-CoV-2

**Allegato 6**

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST SIEROLOGICO IN FARMACIA SULLA PRESENZA DI ANTICORPI IgG e IgM CONTRO IL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

che frequenta la Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test sierologico, sotto l'egida della Farmacia, rivolto alla ricerca anticorpi IgG e IgM contro il coronavirus, in mia presenza.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_