



Ufficio del Commissario Ad Acta

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

N°

AI SENSI DELL'ART. 5 e 76 DPR 28/12/2000 N. 445
DICHIARO

NOME COGNOME

DI ESSERE NATO/A A IL

DOMICILIO / RESIDENZA

CODICE FISCALE

EMAIL

CELLULARE

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali del minore o del dichiarante.

Il dichiarante / tutore legale DICHIARA di aver visionato e compreso il "consenso informato tampone rino-faringeo SARS-CoV-2" ai sensi dell'art. 13 - 14 del regolamento UE 2016/679.

Nome e Cognome

Data di nascita

*Del genitore o tutore legale**

Firma del dichiarante / tutore legale*

.....

Il sopraindicato minore/dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore 10:00 presso il PALASPORT DI CALTAGIRONE il test antigenico rapido che ha dato esito:

☐ NEGATIVO

☐ POSITIVO

Caltagirone / 0 / 2021

Il Dirigente Medico

.....