



**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 (Comune – Provincia) _____

Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

del Comune di _____ PROV _____

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.

Data _____

Firma _____