



Comune di  
San Marco dei Cavoti

**Croce Rossa Italiana**  
Comitato di Benevento



Croce Rossa Italiana

## SCHEDA TEST ANTIGENICO COVID 19

(si prega di scrivere in modo leggibile)

CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIAM DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 46 D.P.R. N. 445/2000

**DICHIARO:**

**COGNOME** ..... **NOME** .....

**Data di nascita** ..... **Comune di nascita** .....

**C.F.** ..... **Estremi Doc.to Identità** .....

**Comune di Residenza** ..... **Provincia di** .....

**Indirizzo** ..... **Cellulare** .....

**Mail** .....

### CATEGORIE

**MAGGIORENNI**

**MINORENNI**

**ISEE INFERIORE A € 6000**

Il dispositivo SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit è un test rapido immunocromatografico diagnostico in vitro per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS-CoV-2 in campioni umani da tampone rinofaringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID-19.

**IL SOTTOSCRITTO ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO A SOTTOPORSI AL TEST RAPIDO ANTIGENICO COVID-19 ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE D.L. 101/2018 e art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)**

.....  
(LUOGO E DATA)

**IN FEDE**

**ESITO TEST**

**NEGATIVO**

**POSITIVO**

**L'INFERMIERE** .....

**IL DOTTORE** .....