

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI  
MINORENNE/INCAPACE ALL'ESECUZIONE DEL TEST PER  
LA RILEVAZIONE DI ANTIGENI DELLO STREPTOCOCCO  
BETA-EMOLITICO DI GRUPPO A SU TAMPONE FARINGEO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

N° Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

In qualità di Genitore / Tutore / Soggetto affidatario di:

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test per la rilevazione di  
antigeni dello streptococco beta-emolitico di gruppo A

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_