

## CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_  
 genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ acconsente,  
 che il personale sanitario dell'Azienda ASL sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica frequentata. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tamponi antigenico o molecolare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ASL sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell'esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione. **E' NECESSARIO PRESENTARSI MUNITI DI TESSERA SANITARIA**

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per la finalità sopra indicata.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_