

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

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residenti a * _____

in via _____

genitori (o tutori legali) di _____

nato il _____ a _____ e frequentante la scuola

_____ classe _____

acconsentono in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda Sanitaria _____ sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rinofaringeo presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato, quando, su valutazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica/servizio per l'infanzia, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Dipartimento dell'Azienda Sanitaria sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Luogo e data, _____

Firma leggibile dei genitori/tutori legali

* In caso di genitori separati, residenti in luoghi diversi, è possibile la compilazione individuale dell'autorizzazione.

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

Il/La sottoscritto _____ nato/a il _____ e

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

come _____ sopra _____ individuati _____ ed _____ identificati, autorizzano altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Firma leggibile dei genitori/tutori legali

