

**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING per SARS-CoV-2 A SCUOLA
(Ordinanza Regione Veneto n. 105 del 2 ottobre 2020)**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____
in via _____
genitore (o tutore legale) di _____
nato il _____ a _____
frequentante la scuola _____ classe/sezione _____

acconsente

in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica frequentata.

Il presente test verrà effettuato, su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

dichiara

che l'altro genitore/tutore _____

Nato a _____ il _____

È stato informato/a e conferma quanto espressamente autorizzato.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore (Cognome nome e 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 (come adeguato dal D.Lgs n.101/2018), 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, _____

Il genitore/tutore _____