

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINO-FARINGEO/TEST RAPIDO

Il/la sottoscritto/a _____ documento n. _____
Genitore esercente la potestà o tutore dell'alunno /a _____
_____ (ove alunno minorenni) oppure il/la sottoscritto/a _____
documento n. _____, alunno frequentante la classe _____ Sez. _____ Ind. _____
a.s. _____ (ove alunno maggiorenne)

DICHIARA

di volere sottoporre il figlio minore/ di volersi sottoporre gratuitamente al tampone rapido rino-faringeo/test covid 19.

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test rapido Covid 19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali indagini diagnostiche ed epidemiologiche. Inoltre, i dati verranno gestiti in conformità all'art. 14 del D. L. 9 Marzo 2020 n. 14 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID – 19.

.....
luogo e data

.....
Firma del genitore/alunno maggiorenne

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n°445/2000, dichiara altresì di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il Genitore unico firmatario _____

Allegati: ☐ fotocopia del documento di identità del/dei firmatario/i