

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

Il/La sottoscritto/a _____ ,
nato/a il _____ a _____ ,
e residente a _____ ,
in via _____ , n . _____ ,
genitore (o tutore legale) di _____ ,
nato/a il ____/____/20____ , a _____ ,
iscritto/a nella classe _____ , sez. _____ ,

ACCETTA

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 per screening SARS-Cov 2 presso la struttura scolastica frequentate, liceo scientifico statale *Leonardo da Vinci* di Treviso.

Luogo _____

Data ____/____/20____

Il genitore/tutore legale

☐ acconsento al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid 19.