

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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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/servizio per l'infanzia frequentato.

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 scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvista la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

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, 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 legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_*