



**AUTORIZZAZIONE
ALL'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER SARS COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____,
 è residente a _____ in Via _____
 in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

nato/a a _____ il _____,
 consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
 consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla
 diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

Atteso che tale attività sarà svolta sotto la direzione del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss7
 Pedemontana

AUTORIZZA

il proprio figlio/a ad effettuare lo screening COVID-19 presso l'Istituto Scolastico frequentato.

Rilascio il numero di telefono per essere contattato/a immediatamente per il verificarsi di qualsiasi necessità: _____

In caso di esito positivo, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Ulss7 Pedemontana, prenderà in carico il caso, telefonando al genitore per l'applicazione delle misure di prevenzione.

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto disposto dal D. lgs. 196/2003 in materia di tutela dei dati personali e Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati Personalni (GDPR).

Firma del genitore: _____