



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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e 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 la 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 Personali (GDPR).

Firma del genitore: _____