



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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ genitore (o tutore legale) di  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'A.S.P. di Potenza sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato.

Il test sarà somministrato nelle date e fasce orarie indicate negli appositi elenchi.

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 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), 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) \_\_\_\_\_