



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) _____