



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

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ genitore (o tutore legale) di _____ nato il _____ a _____ recapito telefonico _____

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario individuato dal Comune di Campli sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura comunale, quando, a seguito di casi presenti nella struttura scolastica, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ASL 4 di Teramo sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell'esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Luogo e data, _____

I genitori/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, _____

I genitori/tutore legale (firma leggibile) _____