CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____e residente a_____

via_____ genitore (o tutore legale) di _____nato il_____

a _____

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'Azienda USL UMBRIA ..... sottoponga il proprio figlio/a al test di per la ricerca del virus SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato mediante esecuzione di tampone a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia.

Il tampone è necessario per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

La tipologia del test (tampone molecolare o tampone antigenico rapido quantitativo), saranno valutati dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. A seguito dell'esito (positivo/negativo) del tampone verrò rapidamente informato sui provvedimenti a tutela della salute pubblica eventualmente necessari.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente della data e orario di esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Luogo e data, _____ Il genitore/tutore legale (firma)

.....

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)

.....