

**CONSENSO INFORMATIVO PREVENTIVO
PER L'ADESIONE VOLONTARIA ALL'EFFETTUAZIONE DEL TEST SALIVARE DI SCREENING
PER SARS CoV- 2 NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO**

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
Via _____ e reperibile al
seguito recapito telefonico diretto _____, indirizzo e-mail _____

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
Via _____ e reperibile al
seguito recapito telefonico diretto _____, indirizzo e-mail _____

genitore (o tutore legale) di

nome _____ cognome _____ nato/a _____ il _____

alunno/a della classe _____ Istituto Scolastico _____ Plesso _____

esprime la sua adesione volontaria e informata al Piano nazionale di monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado promosso dall'I.S.S. e acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'ASL ROMA 6, sottoponga il proprio figlio/a al test di screening salivare per la ricerca di SARS Co-V-2 nei giorni 18-19/10/2021 presso la struttura scolastica frequentata, secondo le modalità indicate nella specifica nota informativa acquisita.

Luogo e data, _____

Genitore (o Tutore legale), firma leggibile _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 e 23 del D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a _____ come sopra individuato/a e identificato/a, autorizzo, altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. 196/20003 e dell' art. 13 del General Data Protection Regulation - GDPR (Regolamento UE 2016/ 679), con la sottoscrizione del presente modulo, il trattamento dei dati personali propri e del proprio figlio minore, sotto tutela, forniti per le modalità sopra indicate.

Luogo e data _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____