

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

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

acconsente in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale (ASU FC) sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica frequentata, quando, su valutazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la 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 Dipartimento dell'Azienda Sanitaria sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

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, 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) _____