

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST 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 _____

accetta che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone per screening SARS-CoV 2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale

Accenso al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid 19