

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di  
\_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

che frequenta la Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

acconsente, in via preventiva, che il personale volontario della Residenza Assistenziale San Giuseppe di San Sosti sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 i.

Resta inteso che lo scrivente potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione

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 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)

\_\_\_\_\_