



## CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO

### PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-COV 2

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

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell' ATS Sardegna sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Tel./mail \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli art. 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) \_\_\_\_\_