ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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) _____