

**FORMAT CONSENSO INFORMATO
PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER
SARS-CoV-2 A SCUOLA¹**

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato il _____ a _____

frequentante la classe _____ del plesso _____

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.

Verona, _____

Il genitore/tutore legale

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

¹ Allegato 2 all'Ordinanza n. 105 del 2 ottobre 2020