

**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2
ESAMI IeFP 2019/2020**

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 sottoponga se stesso/il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica IPSSEOA "C. Russo" di Cicciano (NA), ravvisata la necessità cautelativa di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di casi in sede di svolgimento degli esami IeFP 2019/2020. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Resta inteso che lo scrivente, se genitore di alunno candidato, potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Luogo e data, _____

(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) _____