

**ALLEGATO 2**

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale

\_\_\_\_\_

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