

Da compilare se genitore o esercente la responsabilità genitoriale se si tratta di minorenni

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Doc. di identità _____ N° _____ rilasciato da _____

In qualità di genitore o esercente la patria potestà dell'alunno:

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Cellulare _____

della Scuola _____ Classe _____

Da compilare se Studente Maggiorenni o Personale Scolastico

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Cellulare _____

Doc. di identità _____ N° _____ rilasciato da _____

della Scuola _____

 Studente Docente/operatore scolastico (*barrare la casella corretta*) della classe _____

Consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2 e dei rischi generali di contagio, ai sensi della Legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- ✓ di avere letto e compreso le informazioni relative al trattamento sanitario di somministrazione dei test antigenico e/o molecolare agli studenti e al personale scolastico;
- ✓ di avere letto e compreso le informazioni relative ai trattamenti di dati personali relativi ad attività per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2, consultabili sul sito internet aziendale dedicato al link <http://www.asl4.liguria.it/trattamento-dati-personali/>;
- ✓ di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da coronavirus SAR-CoV-2, anche come declinate nelle procedure aziendali in materia, consultabili sul sito internet aziendale dedicato al link <http://www.asl4.liguria.it/2020/11/09/coronavirus-informazioni-general-e-approfondimenti/>;
- ✓ di essere consapevole che ASL 4, quale autorità sanitaria competente, tratterà i dati personali, anche particolari, raccolti per finalità di prevenzione e cura e correlate, collaborando anche con le altre Autorità ed Enti competenti nella gestione dell'emergenza coronavirus SARS-CoV-2, per la presa in carico, come da informativa parimenti consultabile sul sito internet aziendale dedicato al link <http://www.asl4.liguria.it/trattamento-dati-personali/>, che dichiara fin d'ora di aver letto e compreso.

E **ACCONSENSO** all'esecuzione del TEST ANTIGENICO RAPIDO **RIFIUTO** di sottopormi al TEST ANTIGENICO RAPIDO

DATA _____

FIRMA _____

INOLTRE **ACCONSENSO** **RIFIUTO**di sottopormi al test molecolare all'esecuzione del **TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO** in caso di **POSITIVITÀ** del test antigenico rapido.

DATA _____

FIRMA _____