

**PIANO PER IL MONITORAGGIO DELLA CIRCOLAZIONE
DI SARS-COV-2 NELLE SCUOLE
PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO**

**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER SARS-CoV-2**

Il/La sottoscritto/a _____
C.F. _____ nato il _____ a _____
_____ e residente a _____
in via _____
genitore (o tutore legale) di _____
nato il _____ a _____

A U T O R I Z Z A **N O N A U T O R I Z Z A**

in via preventiva, in accordo con l'altro genitore _____,
a sottoporre il/la proprio/a figlio/a al test per la ricerca di SARS-CoV-2 presso
_____, nell'ambito
del "Piano per il monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo
grado" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con il supporto della Struttura Commissariale per
l'Emergenza COVID-19 e del Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione e della Conferenza delle
Regioni e delle Province Autonome approvato dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome il 31
agosto 2021.

Con la presente, lo/a scrivente, avendo preso visione della specifica nota informativa sul piano di
monitoraggio e della comunicazione di ATS, presta la propria autorizzazione, sempre in accordo con l'altro
genitore, all'espletamento del test salivare molecolare per individuare l'eventuale positività al virus SARS-
CoV-2 a cadenza quindicinale per tutto il periodo di attività del monitoraggio previsto.

Dichiara inoltre di essere consapevole delle misure di isolamento in caso di positività del test e delle relative
misure di quarantena per i contatti di caso

Resta inteso che lo scrivente potrà ritirare l'adesione in qualsiasi momento.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

**Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento
679/2016/UE "General Data Protection Regulation"**

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____