

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. G. OBERDAN**

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente a _____
via _____ in qualità di

- docente
- assistente amministrativo
- assistente tecnico
- collaboratore scolastico

ACCONSENTE

in via preventiva, ad essere sottoposto dal personale sanitario dell'Azienda USL UMBRIA 2 al test per la ricerca del virus SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica sede di lavoro o in altra sede concordata tra il referente Covid della Scuola e il Riferente del Dipartimento ASL 2, mediante esecuzione di tampone a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica.

Il tampone è necessario per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

La tipologia del test (tampone molecolare o tampone antigenico rapido quantitativo) sarà valutata dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ASL sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. A seguito dell'esito (positivo/negativo) del tampone, verrà rapidamente informato sui provvedimenti a tutela della salute pubblica eventualmente necessari.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente della data e orario di esecuzione del test di screening.

Firma

Luogo, data

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, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo, data

Firma
