

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO

Al Comune di Sant'Oreste

Io sottoscritto (Nome Cognome) _____

Residente in _____

Via _____

Documento di riconoscimento _____

Tel. _____

Email (leggibile) _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

Dichiaro:

- 1) di essere genitore o esercente la responsabilità genitoriale in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario del minore alunno del plesso scolastico statale di Sant'Oreste

(DATI ALUNNO)

Nome Cognome _____

Codice fiscale _____

Ultimi otto numeri della tessera sanitaria _____

Scadenza tessera _____

Plesso Sant'Oreste

Ordine: o Infanzia / o Primaria / o Secondaria

Classe _____

Sezione _____

- 2) di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa privacy pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Sant'Oreste al seguente indirizzo: www.santoreste.it.
- 3) che l'alunno NON ha sintomatologia riferibile all'infezione SARS-COV-2, quali: temperatura pari o superiore a 37,5°, sintomi influenzali, tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, spossatezza e che, in caso sia sottoposto a isolamento fiduciario o quarantena e sorveglianza, sono trascorsi i termini previsti dalla vigente normativa per effettuare il test antigenico rapido;
- 4) di dare il consenso libero e informato per conto del minore sopra generalizzato alla richiesta di adesione alla campagna di screening anti Covid-19 tramite sottoposizione al test gratuito antigenico rapido SARS-Cov2 (Covid19).
- 5) di aderire al percorso definito dalle Norme vigenti in caso di positività, autorizzando la Farmacia ad inviare all'indirizzo email sopra indicato il risultato del tampone positivo che mi impegno a trasmettere al Medico di Medicina Generale.

Sant'Oreste, 09/01/2022

Firma
