**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO**

**PER L’EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

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

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

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

e avente come medico curante il Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acconsente, invia preventiva,che il proprio figlio/a sia sottoposto al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2(tamponi antigenici) in modalità drive in presso il Poliambulatorio di Cirò Marina.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell’esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Luogo e data,

Il genitore/tutore legale (firma leggibile)

***AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)***

*Il/La sottoscritto 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, propri e del proprio figlio/minore sottotutela,forniti per le finalità sopraindicate.*

*Luogo e data,*

*Il genitore/tutore legale (firma leggibile)*