

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE

ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

residente in _____ Via _____

documento di riconoscimento _____

Recapito telefonico _____

in qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario) dell'alunno:

(Nome e Cognome) _____

nato/a _____ il _____

che frequenta la Scuola _____ Classe _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2, da effettuarsi in data 22-01-2022.

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 _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____