



COMUNE DI CAMPOMARINO

Screening gratuito su base volontaria

Modulo richiesta Tampone antigenico rapido per il rilevamento qualitativo SARS-CoV da compilare a cura del genitore

MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto _____ nato
a _____ il _____ Residente a
_____ (prov. _____), in Via _____
_____ telefono _____ cellulare _____ e-mail
_____ genitore dell'alunno/a (nome e cognome)
_____ (Codice Fiscale dell'alunno/a)
_____ frequentante la

- Scuola Primaria - classe _____ sezione _____
- Scuola secondaria di primo grado – classe _____ sezione _____
- Scuola secondaria di secondo grado – classe _____ sezione _____
(solo per gli alunni residenti nel Comune di Campomarino)

consapevole del fatto che l'adesione è individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale. Il titolare del trattamento è il Comune di Campomarino in contitolarità con le strutture sanitarie e l'Istituto Omnicomprensivo di Campomarino.

Firma _____

Campomarino, ____/____/____

