

DOMENICA 9 GENNAIO 2022
Sorveglianza Covid-19 degli alunni/studenti mediante test antigenico rapido - Ag-RDTs -

ALUNNO/STUDENTE MINORE

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Recapito telefonico (cellulare)	
Codice fiscale	

CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE

Io sottoscritto/a (COGNOME e NOME) _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono (cellulare) _____

Indirizzo mail: _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario del minore sopra indicato;

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) che il minore sopra indicato 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 NON è sottoposto a isolamento fiduciario o quarantena e sorveglianza, previsti dalla vigente normativa;

2) di dare il consenso all'esecuzione sul minore sopra indicato del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;

3) in caso di positività del test antigenico di far permanere il minore a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del test molecolare e del successivo referto.

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation"

Data _____

Firma _____

Test Antigenico rapido Covid-19 Ag

DATA: 09/01/2022	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO
		Il Medico _____