

ADESIONE AI TEST PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-COV-2 NELLE SECREZIONI NASOFARINGEE E/O DEGLI ANTICORPI NEL SIERO ed ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DATI MINORE:

Nome del minorenne _____

DATI GENITORE 1/ TUTORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) in data _____

residente in _____ (____) via _____

doc. identità N° _____ scad. _____ rilasciato da _____

¹N.B: **Necessari dati e firme di entrambi i genitori, salvo i casi di tutela esclusiva di un genitore/ tutore/ amm.re di sostegno.**

DATI GENITORE 2¹:

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) in data _____

residente in _____ (____) via _____

doc. identità N° _____ scad. _____ rilasciato da _____

genitori esercenti la potestà genitoriale del minore²

in qualità di: tutori/e del minore²

amministratore di sostegno del minore²

Alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, MANIFESTIAMO LA VOLONTÀ DI ACCETTARE i seguenti atti sanitari proposti nei confronti del minore³:

TEST ANTIGENICO CON TAMPONE SALIVARE

Dichiaro/iamo di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Inoltre, In caso di positività, acconsentiamo all'INVIO REFERTO per E-MAIL

Firma leggibile di entrambi i genitori/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amministratore di sostegno⁵:

Genitore 1/ genitore che esercita potestà genitoriale/ tutore/ amm. di sostegno: _____

Genitore 2¹: _____

Luogo: _____ Data: _____

Firma del sanitario che ha fornito l'informazione _____

¹ N.B.: Necessari dati e firme di entrambi i genitori, salvo i casi di tutela esclusiva / tutore/ amministratore di sostegno.

² barrare la casella che interessa

³ di cui Art. 3 legge 219/2017

⁴ Ai sensi del DPCM. 8.8.13

⁵ sottolineare la voce che interessa

DATI MINORE:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente a _____ (____) Via _____ n. _____

Codice fiscale: _____

Iscritto presso l'ISTITUTO SCOLASTICO _____

sede di _____ classe e sezione _____

Tel. _____ Mail _____

Il genitore/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amministratore di sostegno dichiara che il soggetto minorenne:

- Non presenta al momento alcun sintomo di malattia
- Ha avuto storia di positività al virus SARS-COV-2 in data: ____/____/____
- Ha già eseguito tampone molecolare in data: ____/____/____ con esito _____
- Ha già eseguito tampone antigenico in data: ____/____/____ con esito _____

La seguente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano l'emergenza COVID-19 e nella piena consapevolezza che comportamenti difforni alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo l'art. 650 del C. P., salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati. Acconsento l'invio del Referto mediante e-mail all'indirizzo sopra indicato.

Data: ____/____/____ Luogo: _____

Firma del genitore/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amm. di sostegno _____