**Istituto Istruzione Superiore “Michele Sanmicheli”**

*I.P. Servizi Commerciali, Servizi per la sanità e l’assistenza sociale*

*Industria e artigianato per il Made in Italy*

*I.eF.P. Operatore promozione e accoglienza, Operatore abbigliamento*

*Corsi serali per studenti e adulti Servizi per la sanità e l’assistenza sociale*

*Sede operativa ITS COSMO Fashion Academy style your future*

Piazza Bernardi, 2 - 37129 Verona - Tel. 0458003721- Fax 0454937531 - C.F. 80017760234 Succursale: Via Selinunte, 68 - Tel. 0454937530

VRIS009002@istruzione.it - www.sanmicheli.edu.it -VRIS009002@pec.sanmicheli.it

**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO**

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

**(Ordinanza Regione Veneto n. 105 del 2 ottobre 2020)**

Il sottoscritto/a nato/a il   \_\_\_\_\_\_                a

e residente a                         in via   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore (o tutore legale) di   nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a

frequentante l’IIS Sanmicheli di Verona classe/sezione \_\_\_\_\_\_

**ACCONSENTE**

**in via preventiva che il personale sanitario dell’Azienda ULSS 9 Scaligera sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica frequentata.**

Il presente test verrà effettuato, su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell’Azienda ULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l’eventuale presenza di ulteriori casi.

**DICHIARA**

che l’altro genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

È stato informato/a e conferma quanto espressamente autorizzato.

Luogo e data

Il genitore/tutore

(Cognome nome e firma leggibile)

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

*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(come adeguato dal D. Lgs. n.101/2018), 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*

(Cognome nome e firma leggibile)