

**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL
TEST ANTIGENICO RAPIDO DI SCREENING PER SARS-COV 2**

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ e residente a _____
in via _____
genitore (o tutore legale) di _____
nato il _____ a _____

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'ATS Sardegna e/o del Centro Vaccinale del Comune di Berchidda sottoponga il proprio figlio/a al test antigenico rapido di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 in data 11 gennaio 2022, presso località Tancaré in Comune di Berchidda.

La tipologia di test rapido è quella in uso alle strutture del Dipartimento di Prevenzione del Nord di ATS Sardegna.

Berchidda, lì 11 gennaio 2022

Tel./mail _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

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

Il sottoscritto _____ come sopra individuato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) , 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.

Berchidda, lì 11 gennaio 2022

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____