

ATTIVITA' SCREENING SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO

Io sottoscritto

nato a il.....

Codice Fiscale.....

residente a Via n°

n. di telefono.....

(IN CASO DI MINORE COMPILARE CON I DATI DEL GENITORE/TUTORE LEGALE)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARO di essere (barrare la voce interessata)

■ **docente della scuola elementare**.....

■ **docente della scuola media**.....

■ **operatore scolastico della scuola elementare**.....

■ **operatore scolastico della scuola media**.....

■ **genitore/tutore legale dell'alunno**

nato a..... il

frequentante la scuola elementare

■ **genitore/tutore legale dell'alunno**

nato a..... il

frequentante la scuola media

Dichiaro di **essere informato e acconsentire**, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nei confronti di ASP Palermo.

Dichiaro altresì di **acconsentire all'esecuzione del tampone rinofaringeo**, da parte del personale sanitario in servizio presso ASP Palermo, avendo ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione del suddetto esame ed esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, di aver letto e compreso le informative presenti al link: <http://bit.ly/consensoinformatotampone>

(Luogo, Data).....

Il Dichiarante