



**Sorveglianza Covid-19 degli alunni/studenti mediante test antigenico rapido
(da tampone nasofaringeo) - Ag-RDTs – in modalità *drive through***

ALUNNO/STUDENTE

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Scuola	O primaria O secondaria di primo grado
Recapito telefonico	

CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE

Io sottoscritto/a (COGNOME e NOME) _____
Luogo e data di nascita _____ residenza _____
documento di riconoscimento _____
in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario del minore sopra indicato;

Dichiaro:

- di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- di dare il consenso all'esecuzione sul minore sopra indicato del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- 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 _____

Parte riservata ad ASUR Test Antigenico rapido Covid-19 Ag		
DATA: 06/01/2022 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO
DATA: 08/01/2022 <input type="checkbox"/>		
		Il Medico _____