

PIANO DI MONITORAGGIO
DI SARS-COV-2 NELLE SCUOLE
PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO

CONSENSO INFORMATIVO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER SARS CoV-2

Il sottoscritto C.F..... nato
a.....e residente a.....in via.....e la
sottoscritta..... C.F. nata a.....e
residente a.....in via.....
genitori (o tutori legali) di.....nato/a ilfrequentante
la classe.....sez.....della Scuola.....

AUTORIZZANO

In via preventiva _____, a sottoporre
Il/la proprio/a figlio/a al test per la ricerca di SARS—Cov-2 presso _____,
nell'ambito dei "Piano per il monitoraggio della circolazione di SARS—CaV-2 nelle scuole primarie e
secondarie di primo grado" coordinato dall' istituto Superiore di Sanità con il supporto della Struttura
Commissariale per l'Emergenza COVID-19 e del Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione e della
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome approvato dalla Conferenza delle Regioni e Province
Autonome il 31 Agosto 2021.

Con la presente, gli scriventi, avendo preso visione della specifica nota informativa sul piano di monitoraggio,
prestano la propria autorizzazione, sempre in accordo, all'espletamento del test salivare molecolare per
Individuare l'eventuale positività al virus SARS-CnV-2, quando richiesto, per tutto il periodo di attività del
monitoraggio previsto da settembre 2021 a giugno 2022.

Resta inteso che gli scriventi dovranno essere informati preventivamente dell'esecuzione del test, che
potranno scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione se non effettuato in ambito
familiare, e che potranno ritirare l'adesione in qualsiasi momento con le modalità previste dall'organizzazione
a livello locale.

Luogo e data, _____

I genitori/tutori legali (Firma leggibile) _____
