

**FORMAT CONSENSO INFORMATO  
PREVENTIVO  
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER  
SARS-CoV-2 A SCUOLA<sup>1</sup>**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_

accetta che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone per screening SARS-Cov-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato.

Verona, \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale

---

Acconsento al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid-19

*Conformemente al D.Lgs. 154/2013 e la Nota MIUR 5336/2015, trattandosi di decisioni di maggiore interesse per i figli, si dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, essendo a conoscenza delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000.*

---

<sup>1</sup> Allegato 2 all'Ordinanza n. 105 del 2 ottobre 2020