

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI  
SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA  
Ordinanza n. 105 del 2 ottobre 2020-ALLEGATO 2**

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

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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il genitore/tutore legale