

# 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