

AUTODICHIARAZIONE E CONSENSO-RIFIUTO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO E/O MOLECOLARE

Da compilare se genitore o esercente la potestà genitoriale se si tratta di minorenni

Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____
Doc. di identità ____ N° _____	rilasciato da _____
In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale dell'alunno:	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____	Data di nascita _____
Luogo di nascita _____	Cellulare _____
della Scuola _____	Classe _____

Da compilare se Studente Maggiorenni o Personale Scolastico

Cognome _____	Nome _____
C.F. _____	Data di nascita _____
Luogo di nascita _____	Cellulare _____
Doc. di identità ____ N° _____	rilasciato da _____
della Scuola _____	
Studente della classe _____	oppure Docente/operatore scolastico (barrare la casella corretta)

consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2 e dei rischi generali di contagio, ai sensi della Legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

➤ Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di avere letto e compreso le informazioni relative al trattamento sanitario di somministrazione dei test antigenico e/o molecolare agli studenti e al personale scolastico;
- di avere letto e compreso le informazioni relative ai trattamenti di dati personali relativi ad attività per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2, consultabili anche sul sito internet aziendale dedicato al link [www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale](http://www.asl3.liguria.it/politica_della_privacy_aziendale);

- di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni vigenti per il contenimento del contagio da coronavirus SAR-CoV-2 ed i contenuti delle disposizioni del Ministero della Salute sui test consultabili sul sito internet aziendale dedicato al link. <http://www.asl3.liguria.it/coronavirus>;
- di essere consapevole che ASL 3, quale autorità sanitaria competente, tratterà i dati personali, anche particolari, raccolti per finalità di prevenzione e cura e correlate, collaborando anche con le altre Autorità ed Enti competenti nella gestione dell'emergenza coronavirus SARS-CoV-2, per la presa in carico, come da informativa parimenti consultabile sul sito internet aziendale dedicato al link. www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale, che dichiara fin d'ora di aver letto e compreso.

E

- **ACCONSENTO** all'esecuzione su di me /sul suddetto minore del TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data _____

firma _____

Oppure:

- **RIFIUTO** di sottopormi /di sottoporre il suddetto minore al TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data _____

firma _____

- **ACCONSENTO** di sottopormi/di far sottoporre il suddetto minore all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data _____

firma _____

Oppure:

- **RIFIUTO** di sottopormi/di far sottoporre il suddetto minore all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data _____

firma _____

L'operatore del punto di esecuzione del test che riceve la dichiarazione firmata in sua presenza

(allegare una copia di documento di riconoscimento in corso di validità o esibirlo all'operatore se sottoscritta in sua presenza)