

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

**Da compilare se genitore o esercente la patria potestà se si tratta di minorenne**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Doc. di identità \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore o esercente la patria potestà dell'alunno:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

della Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**Da compilare se Studente Maggiorennne 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 per il contenimento del contagio da coronavirus SAR-CoV-2, anche come declinate nelle procedure aziendali in materia, consultabili sul sito internet aziendale dedicato al link. <http://www.asl3.liguria.it/coronavirus/accesso-ai-servizi-e-alle-strutture-coronavirus.htm>;
- 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](http://www.asl3.liguria.it/politica-della-privacy-aziendale), che dichiara fin d'ora di aver letto e compreso.

E

- **ACCONSENTO** all'esecuzione del TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

**Oppure:**

- **RIFIUTO** di sottopormi al TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

E INOLTRE

- **ACCONSENTO** di sottopormi al test molecolare all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

**Oppure:**

- **RIFIUTO** di sottopormi al test molecolare all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_