

## 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 _____    |
| <b>In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale dell'alunno:</b> |                        |
| 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](http://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)