



**PIANO PER IL MONITORAGGIO DELLA CIRCOLAZIONE
DI SARS-COV-2 NELLE SCUOLE
PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO**
CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DIAGNOSTICO PER SARS-CoV-2

Nome Istituto Scolastico _____ classe _____

Il/La sottoscritto/a

_____ C.F. _____

nato il _____ a _____ e residente a

_____ in via _____

genitore (o tutore legale) di _____ nato il _____

a _____

Telefono _____ E-mail: _____

AUTORIZZA

in via preventiva, in accordo con l'altro genitore _____, a sottoporre
il/la proprio/a figlio/a al test per la ricerca di SARS-CoV
presso _____, nell'ambito del "Piano

per il monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado"
coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con il supporto della Struttura Commissariale per l'Emergenza COVID-
19 e del Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione e della Conferenza delle Regioni e delle Province
Autonome approvato dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome il 31 agosto 2021.

Con la presente, lo/a scrivente, avendo preso visione della specifica nota informativa sul piano di
monitoraggio, presta la propria autorizzazione, sempre in accordo con l'altro genitore, all'espletamento del test
salivare molecolare per individuare l'eventuale positività al virus SARS-CoV-2, quando richiesto, per tutto il
periodo di attività del monitoraggio previsto da settembre 2021 a giugno 2022.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell'esecuzione del test, che potrà
scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione se non effettuato in ambito familiare, e che
potrà ritirare l'adesione in qualsiasi momento con le modalità previste dall'organizzazione a livello locale.

Luogo e data, _____ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____