Al Dirigente Scolastico

D.D. “Don Milani”

Terni

**CONSENSO INFORMATO PER L’EFFETTUAZIONE DEL TEST PER SARS-CoV-2 A SCUOLA (PERSONALE)**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………… (nome e cognome), luogo di nascita ……………………………... data di nascita ……………… in qualità di ………………………………… (inserire il ruolo: docente, collaboratore scolastico, assistente amministrativo) residente a ……………………………. via ……………………………………………….

**ACCONSENTE**

in via preventiva, a essere sottoposto dal personale sanitario dell’Azienda USL UMBRIA 2 al test per la ricerca del virus SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica frequentata mediante esecuzione di tampone a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica.

Il tampone è necessario per evidenziare l’eventuale presenza di ulteriori casi.

La tipologia del test (tampone molecolare o tampone antigenico rapido quantitativo) sarà valutata dal Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda USL sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. A seguito dell’esito (positivo/negativo) del tampone, verrà rapidamente informato sui provvedimenti a tutela della salute pubblica eventualmente necessari.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente della data e orario di esecuzione del test di screening.

Luogo e data ………………………………………………

Firma (leggibile) ………………………………………………