



**SABATO 8 GENNAIO 2022**  
**Sorveglianza Covid-19 degli alunni/studenti mediante test antigenico rapido**  
**(da tampone nasofaringeo) - Ag-RDTs – in modalità *drive through***

**ALUNNO/STUDENTE MINORE**

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Recapito telefonico (cellulare)	
Codice fiscale	

**CONSENSO INFORMATO TEST ANTIGENICO RAPIDO SU MINORE**

Io sottoscritto/a (COGNOME e NOME) \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Numero di telefono (cellulare) \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail: \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario del minore sopra indicato;

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

Dichiaro:

- 1) di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa;
- 2) che il minore sopra indicato NON ha sintomatologia riferibile all'infezione SARS-COV-2, quali: temperatura pari o superiore a 37,5°, sintomi influenzali, tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, spossatezza e che NON è sottoposto a isolamento fiduciario o quarantena e sorveglianza, previsti dalla vigente normativa;
- 3) di dare il consenso all'esecuzione sul minore sopra indicato del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- 4) in caso di positività del test antigenico di far permanere il minore a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del test molecolare e del successivo referto.

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation"

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>Parte riservata ad ASUR</b>		
<b>Test Antigenico rapido Covid-19 Ag</b>		
DATA: 08/01/2022	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> POSITIVO
Il Medico		
_____		

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
Sede Legale: Via Oberdan, 2 – 60131 Ancona C.F. e P.Iva 02175860424  
**Area Vasta n. 1**  
Sede Amministrativa Via Ceccarini, 38 - 61032 Fano