

Carta Intestata Farmacia

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	
Denominazione e sede della scuola frequentata: _____	
Classe _____	

In caso di Test antigenico rapido con ricetta dematerializzata riportare il Numero della Ricetta Elettronica - NRE : 100A0 _____

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2 e all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/fse

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVERE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AGLI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI, ALLE SCUOLE PRIMARIE, ALLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO, STATALI E PARITARIE, E AI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IEFP), SVOLTI SIA PRESSO GLI ISTITUTI PROFESSIONALI STATALI, IN REGIME DI SUSSIDIARIETÀ, CHE PRESSO LE AGENZIE FORMATIVE AUTORIZZATE (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377 del 31/12/2021).

**(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI E COMPLETARE
OGNI CAMPO)**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (*) _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere:

- studente (maggiorrenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____ che frequenta:

servizi socioeducativi all'infanzia (Nido/Scuola infanzia) _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola primaria _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria di primo grado _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): _____

_____ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

PROVVEDIMENTO N. _____ DEL _____

RILASCIATO DA ASL N. 1 ASL N. 2

MOTIVAZIONE: T0 / T5 (SOLO SCUOLA PRIMARIA)

FINE ISOLAMENTO FINE QUARANTENA

1 TAMPONE GRATUITO OGNI 15 GIORNI (SOLO FASCIA DI ETÀ 0-11 ANNI)

(*) anche se residente fuori Regione

Firma _____ Data _____



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/fse