Modulo

CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO

PER L’EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Liceo Statale “E. Boggio Lera”

Catania

Il sottoscritto genitore/tutore …………….…….. nato il……..…………… residente a ………………………. in via …………………… n.…. CAP ………… Telefono ……………… Cell. ……….……….. e-mail ………….…………………...

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure finalizzate a prevenire la diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività

**AUTORIZZA**

Il proprio figlio/a……………………...……………nato/a………….il…………………..a ……………………………… residente a ………..…… in via ………………….… n. …. CAP………… Telefono ………………. Cell. ………………. e-mail ……………………..

* a sottoporsi allo screening Sars-Cov- 2 in Istituto, **giovedì 4 marzo**, dalle ore 9.00 alle ore 14.00 presso la sede centrale(per allievi in presenza- sede centrale)
* a sottoporsi allo screening Sars-Cov- 2 in Istituto, **giovedì 4 marzo**, dalle ore 14.00 alle ore 18.00 presso la sede centrale. (Per gli allievi che sono in DAD)
* a sottoporsi allo screening Sars-Cov- 2 in Istituto, **venerdì 5 marzo**, dalle ore 9.00 alle ore 14.00 presso la sede succursale Grassi (per allievi in presenza-sede succursale)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme del genitore/tutore

--------------------------------------------