



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA**  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
Ambito territoriale ex ASL 3 Lagonegro

**CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASOFARINGEO (TNF)  
PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
Il \_\_\_\_\_, reperibile al (cellulare) \_\_\_\_\_,  
indirizzo email \_\_\_\_\_,  
in qualità di genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_,  
do il consenso a sottoporre il minore all'esecuzione del TNF per la ricerca di Sars-Cov-2.

**DATI DEL MINORE**

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**MMG** \_\_\_\_\_

**Autorizzo altresì il dirigente scolastico a recepire l'esito dell'esame svolto e a trattare i dati nel rispetto delle leggi sulla Privacy (d.lgs 196/2003).**

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso del genitore/tutore legale**

**Allegare copia controfirmata del documento d'identità del genitore/tutore legale.**