



CONSENSO MINORI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ C.F. _____ residente in

_____ cell. _____ in qualità di padre e

la sottoscritta _____ nata a _____ il
_____ C.F. _____ residente in

_____ cell. _____ in qualità di madre

di _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ residente in

oppure

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ C.F. _____ residente in _____ cell.

_____ in qualità di tutore / esercente la patria potestà di

_____ nato/a a _____ il _____ C.F.

_____ residente in _____

esprimono il consenso affinché il proprio figlio/a minorenni effettui il test sierologico per il covid 19.

Luogo _____, lì _____

In fede

Il padre _____

La madre _____

oppure Il tutore / esercente la patria potestà _____

Avendo preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196 del 30/06/2003 consento al loro trattamento.

Essendo consapevole che per tale finalità il trattamento può comprendere dati potenzialmente idonei a rilevare il mio stato di salute, espressamente consento al loro trattamento nei limiti, nell'ambito e con le cautele previste dalla legge stessa.

In fede

IL TEST POTRA' ESSERE EFFETTUATO SOLO CON IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI O CHI ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE.
