



---

### CONSENSO MINORI

- Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ in qualità di padre/tutore/esercente la patria potestà e

- la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ in qualità di madre/tutrice/esercente la patria potestà

- del/della minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

### esprimono il consenso

affinché il proprio figlio / la propria figlia minorenni effettui il **test sierologico** per il covid 19.

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

il padre / tutore / esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

la madre / tutrice / 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 POTRÀ ESSERE EFFETTUATO SOLO CON IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI O CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE.