

**AUTORIZZAZIONE AL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER GLI STUDENTI DEGLI
ISTITUTI COMPRENSIVI GIOVANNI XXIII – RODARI PALAGIANO**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
residente in _____, Via _____
documento di riconoscimento _____
numero di cellulare per comunicazioni _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____
che frequenta la Scuola _____ Classe _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus; il campionamento sarà eseguito ad opere di medici di famiglia di Palagiano presso la struttura drive through sita su via Sansonetti area Giacobuzzo.

Data _____

Firma _____

N.B.: I genitori potranno accompagnare lo studente in automobile entrando direttamente nel drive through, precisando che le operazioni di tampone avverranno restando in auto.