

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI TAMPONE RINOFARINGEO

Il /La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

genitore o esercente la patria potestà dell'alunno/a

cognome

nome

nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

del plesso di _____

Consapevole di quanto riportato sull'informativa del Comune di Acri in materia di screening facoltativo degli alunni di tutte le scuole del territorio.

ACCONSENTE di far sottoporre il suddetto minore all'esecuzione di **TAMPONE RINOFARINGEO**

Data _____

Firma del Genitore
