



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Direttore ad Interim: Dott. Roberto Zanelli

Telefono: 0141 - 484952

E-mail.: scuola@asl.at.it

CONSENSO INFORMATO SCUOLA PRIMARIA

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore da consegnare al momento dell'esecuzione del test salivare presso la scuola

Noi sottoscritti

(nome e cognome madre) _____,

nata a _____, il _____, residente in _____,

via _____

(nome e cognome padre) _____,

nato a _____, il _____, residente in _____,

via _____

in qualità di genitore/i genitore/i affidatario familiare affidatario tutore incaricato dal Tribunale di _____ in data ____//____//____

del minore _____

frequentante l'Istituto _____

classe _____

DICHIARIAMO

di aver letto e compreso quanto esplicitato nell'informativa PIANO SCUOLA SICURA 2021-22 ricevuta tramite la Scuola e di essere consapevole che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria;

MANIFESTIAMO LA VOLONTA'

- di sottoporre il minore _____ all'esecuzione del test salivare antigenico da parte del personale sanitario abilitato della ASL AT;

- di farlo aderire al percorso definito in caso di positività;

- di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dell'esito di tipo informatico (Fascicolo Elettronico, Referto On Line, ecc), ESPRIMO IL MIO CONSENSO a ricevere il referto



per via telefonica (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare immediatamente al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale curante il risultato.

Data _____

Firma della madre _____ Firma del padre _____

In assenza di firma della madre/ padre, consapevole delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età, dichiaro di aver acquisito il consenso verbale del genitore assente alla partecipazione del minore allo screening, avendolo informato su tutti i punti descritti nell'informativa.

Data ___//___//_____ Firma del dichiarante _____

Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili*

ESPRIMO IL MIO CONSENSO al trattamento dei dati personali. I dati personali saranno trattati ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'ASL AT in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Piemonte, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma _____

Data ___//___//_____

*da leggere attentamente.