



## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Direttore ad Interim: Dott. Roberto Zanelli

Telefono: 0141 - 484952

E-mail.: [scuola@asl.at.it](mailto: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.