

MODULO DI CONSENSO PER GLI ALUNNI MINORENNI

Io sottoscritto nato a
 il Residente a (prov.),
 in Via cellulare e-mail
 genitore dell'alunno/a (nome e cognome), (Codice Fiscale dell'alunno/a)
 della classe sezione, consapevole del fatto che l'adesione è
 individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test salivare (lollisponge) per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito del "Piano di monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado" doc. ISS 1 settembre 2021

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, 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'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare.

Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

(firma leggibile) _____