

## CONSENSO INFOMATO SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

### Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore da consegnare al personale del drive through

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 antigenico o del tampone molecolare da parte del personale sanitario abilitato della ASL CN1;
- 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 CN1 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.

**DELEGA da compilare da parte del genitore solo se il minore viene accompagnato al drive through da persona diversa dal genitore o avente diritto**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_; documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_; documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ad accompagnare mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

ad effettuare il test antigenico o tampone molecolare previsto nell'ambito del progetto Screening Scuola Sicura cui ho aderito

Si allega copia del documento di identità del genitore

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma delegante \_\_\_\_\_