

## 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 antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2

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)



DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI **NON** VOGLIATE CHE L'ALUNNO/A PARTECIPI ALLO SCREENING

Nel caso in cui **non vogliate** che l'alunno/a partecipi all'iniziativa, vi preghiamo di compilare quanto segue e di riconsegnare questa parte del modulo all'insegnante.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a

**NON** accetto

che (nome alunno/a) \_\_\_\_\_ partecipi allo screening.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_