

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

Ai genitori/tutori degli studenti
degli Istituti Scolastici
del territorio della ASL TO3

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Il/La sottoscritto/_____

C.F. _____ nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Tel _____ genitore (o tutore legale) di _____

nato il _____ a _____ C.F. _____

Email (genitore) _____

Scuola _____ classe _____

alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine e individuale e volontaria, in via preventiva, in accordo con l'altro genitore _____, manifesta la volontà di sottoporre il minore _____

a partecipare allo screening relativo alla **scuola primaria** con l'esecuzione del test salivare antigenico da parte di personale formato dalla ASL TO3, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione

a partecipare allo screening relativo alla **scuola secondaria di primo grado** con l'esecuzione del tampone antigenico rapido o del tampone molecolare da parte della Asl TO3, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma in caso di antigenico positivo e conseguente) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione

Firma _____ Data ____ // ____ // _____ //

manifesto il mio diniego a sottoporre il minore _____ al percorso di screening

Firma _____ Data __ // __ // _____ //

Allego copia di documento di identità in corso di validità

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 contitolarietà 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 contitolarietà ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016. FASL TOS in

Firma _____ Data __ // __ // _____ //

*** da leggere attentamente**



www.regione.piemonte.it/sanita

ASL TO3 – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

DIRETTORE: Dr. Enrico PROCOPIO

10098 RIVOLI Via Balegno, 6
10064 PINEROLO Via Bignone, 15/A
10059 SUSA Piazza San Francesco, 4

telefono 011 9551755 fax 011 9551756
telefono 0121 235400 fax 0121 397683
telefono 0122 621259 fax 0122 621220

sisp.direzione@aslto3.piemonte.it
sisp.pinerolo@aslto3.piemonte.it
sisp.susa@aslto3.piemonte.it