

MODULO DI CONSENSO PER STUDENTI MAGGIORENNI E PERSONALE SCOLASTICO

Io sottoscrittonato a

Codice Fiscale, Residente a (prov.),

in Via consapevole del fatto che l'adesione è individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti 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:

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.

(firma leggibile)

Data

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI **NON** VOGLIATE PARTECIPARE ALLO SCREENING



Nel caso in cui **non vogliate** partecipare all'iniziativa, vi preghiamo di compilare quanto segue e di riconsegnare questa parte della lettera all'insegnante/Dirigente scolastico.

Io sottoscritto _____

NON accetto

di partecipare allo screening.

Data _____

firma _____