

CONSENSO PER TEST MOLECOLARE SU SALIVA

Adesione e Consenso all'iniziativa "Monitoraggio nazionale Covid-19 Scuole"

Per l'alunno:, classe....., sezione.....

Io sottoscritto nato a
....., il Residente a
(prov.), in Via , alla luce di quanto sopra esposto

☐ **manifesto la volontà** a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test molecolare su saliva 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 all'effettuazione del 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 molecolare 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)