

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 che verrà effettuato da personale medico e paramedico individuato dall'amministrazione comunale in collaborazione con l'ASP di Siracusa presso il 1° Istituto Comprensivo "Pirandello".
- mi obbligo** a comunicare al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta il risultato, in caso di positività.
- 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, 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".

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 genitore o tutore dell'alunno/a

NON accetto

che (nome alunno/a) _____ partecipi allo screening.

Data _____

Firma _____