

**Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)\*.**

**I. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il sottoscritto .....nato a .....  
Residente a ..... (prov. ....), in Via .....  
Dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2 del minore .....

Data .....

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE**

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data .....

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

\*il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente, dal rappresentante legale, ovvero da un familiare o convivente munito di delega e documento di identità proprio e del delegante anche in copia

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

(dati anagrafici dello studente e/o operatore scolastico che si sottopone al test)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_

chiede di poter fare il Test antigenico rapido e/o Tampone NF per:

- Screening Scuole
- convocato dal Servizio di Igiene Pubblica
- ricetta dematerializzata

Data , li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_  
(genitore, se minore)