**Richiesta Test Antigenico rapido COVID-19**

**Studenti Scuole Sec. 2° gr. di Pesaro**

*Il/La sottoscritto/a*

|  |
| --- |
| Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*In qualità di:*

|  |
| --- |
| * diretto/a interessato/a
* genitore/tutore legale di:

cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* curatore di:

cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Acconsente in via preventiva che il personale sanitario di AIL Pesaro ODV sottoponga il sottoscritto/ il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica/servizio frequentato.

Attesto che il soggetto da sottoporre al test non rientra tra le categorie escluse dallo screening elencate nel retro del modello.

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **RISERVATO AL TEAM-SANITARIO**

**Numero Test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e ora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Esito del test** **🞏 NEGATIVO 🞏 POSITIVO**  |

Firma del sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Criteri di esclusione**

* Persone che hanno sintomi che indichino un'infezione da Covid-19: in questo caso, si deve contattare il Medico di Assistenza primaria (MMG/PLS);
* Persone attualmente in malattia per qualsiasi altro motivo;
* Persone in stato di isolamento per test positivo negli ultimi tre mesi;
* Persone attualmente in quarantena o in isolamento fiduciario;
* Persone che hanno già prenotato l'esecuzione di un tampone molecolare.

**Format consenso informato preventivo SCREENING degli studenti delle scuole sec. di 2° gr. SARS-COV-2 - Città di Pesaro**

Lo SCREENING è un procedimento di prevenzione finalizzato a individuare, tracciare e isolare il più possibile il virus Sars-Cov-2, nell’interesse del settore della sanità pubblica e per finalità di diagnosi, assistenza, terapia sanitaria. *L’effettuazione del test antigenico rapido è esclusivamente su base volontaria.*

*In caso di positività:*

1. *verrà attivato il protocollo di isolamento in attesa dell’arrivo del genitore;*
2. *i dati verranno trasmessi direttamente al Dipartimento di Prevenzione ASUR di Pesaro per gli interventi sanitari previsti.*

*--------------------------------*

*AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS. 196/2003 e Regolamento U.E. 2016/679)*

 Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento U.E. 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento della procedura e il mancato conferimento comporta l’impossibilità di espletare l’esame.*

**Informativa breve SCREENING degli studenti scuole superiori SARS-COV-2 Città di Pesaro**

La procedura relativa allo SCREENING agli studenti delle superiori per SARS-COV-2 della città di Pesaro comporta il trattamento dei dati personali degli assistiti da parte di AIL Pesaro ODV, quale titolare del trattamento. info@ailpesaro.com

ll consenso al trattamento di dati personali è attuato nell'ambito delle attività che AIL Pesaro ODV predispone nell’interesse pubblico nel settore della sanità pubblica e per finalità di diagnosi, assistenza, terapia sanitaria. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche, nel rispetto di misure di sicurezza adeguate alla protezione dei dati.

I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con l’apposito modulo e saranno elaborati dal personale di AIL Pesaro OdV che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Il trattamento riguarda anche dati sensibili (c.d. particolari). I dati sono trasmessi ai competenti Uffici e Unità Operative per il corretto svolgimento del servizio e possono essere comunicati all'esterno solo per obblighi di legge o solo in caso di soggetti appositamente individuati e istruiti quali responsabili del trattamento al fine di permettere il corretto espletamento delle procedure.

Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ivi compreso il diritto al reclamo all’Autorità Garante (info: <https://www.garanteprivacy.it>), nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge.