**Richiesta Test Antigenico rapido COVID-19**

**Personale docente e personale ATA**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Acconsente in via preventiva a sottoporsi al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo effettuato dal personale sanitario di AIL Pesaro ODV presso le strutture scolastiche all’uopo individuate.

Attesto che il sottoscritto 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 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 propri dati personali, 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.