Gentile Signora/Signore,

Il comune di Sant'Anastasia avvalendosi della collaborazione della Medis srl con sede legale in via Federico Ricco, Nocera Inferiore (SA) con P. IVA 04439770654, mette a disposizione la possibilità di eseguire un test rapido antigenico salivare che è in grado di offrire una risposta in 15 minuti di attesa.

Qualora l’esito sia positivo verrà informato il Dirigente scolastico di riferimento per invitarLa poi ad eseguire la prassi necessaria prevista come il test mirato alla conferma del coronavirus tramite tampone molecolare nasofaringeo presso laboratorio accreditato e o Ente di competenza.

**Il tampone antigenico**

Il test eseguito sarà un tampone antigenico definito comunemente come “tampone rapido” di tipo salivare.

Il test antigienico rapido COVID-19 (Latex o equivalente) sarà eseguito su saliva orofaringea posteriore ed espettorato.

**Trattamento dei dati personali / Data Protection**

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato in calce, nonché derivanti dall’esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (“GDPR”) del D. Lgs. 196/2003 (“Codice Privacy”).

Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati.

Per avere ulteriori informazioni in ordine ai suoi diritti ed alla disciplina sulla protezione dei dati in generale, può visitare il sito web dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, all'indirizzo http://www.garanteprivacy.it/.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l’esecuzione del test. Pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta. Non è previsto un processo decisionale automatizzato ai sensi degli artt. 13, par. 2, lettera f) del Regolamento (UE)

679/2016.

**Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati, comunque, non saranno in nessun caso diffusi né trasferiti in Paesi extra UE.

**I suoi diritti**

Lei ha il diritto di esercitare i diritti indicati dagli articoli 15 e ss del GDPR, ovvero ha la facoltà di accedere ai dati e, nei casi previsti, di chiederne la modifica, la cancellazione o la portabilità. Potrà inoltre opporsi al trattamento e chiederne la limitazione, così come potrà proporre reclamo osegnalazione al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it ).

Pagina 1 di 2

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO DEL MINORENNE**

ANAGRAFICA DEL MINORE Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome pediatra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto(padre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento di identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(emadre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sottoscritta nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

a) di aver letto e compreso il significato del tampone antigenico;

b) di aver letto il modulo di consenso Informato, nonché l’informativa relativa al trattamento dei dati personali;

c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all’esecuzione del test antigenico ed autorizzare la Medis srl, tramite personale sanitario specializzato all’esecuzione dello stesso

d) di aver letto e compreso che i dati anagrafici domicilio e telefonio del proprio figlio/tutorato verranno trattati e poi trasmessi,ove necessario,da parte di Medis srl alle Autorità Sanitarie competenti;

e)di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo di sottoporsi a tampone molecolare

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

Firma padre leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma madre leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_