**CONSENSO INFORMATO PER L’EFFETTUAZIONE DEL TEST RAPIDO ANTIGENICO NASO-FARINGEO DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore (o tutore legale) di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome del Medico curante o pediatra di libera scelta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato decreto in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, in ottemperanza alle indicazioni impartite dalle competenti autorità, sotto la propria responsabilità***

acconsente che personale sanitario della Coop. Insieme di Tito (PZ) sottoponga il proprio figlio/a al test rapido antigenico naso faringeo di screening per la ricerca di Sars- CoV-2.

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

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

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORRE IL PROPRIO/A FIGLIO/A A TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST

È necessario che la persona che esprime il proprio consenso a sottoporre il proprio/a figlio/a al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell’esito e delle azioni conseguenti. Di seguito le specifiche circa l’esito del test e circa gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

* l’adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
* il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
* la positività al test comporta l’invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell’RNA virale mediante effettuazione di tampone molecolare nasofaringeo;
* la positività al test comporta l’attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell’esito, delle procedure dispositive l’isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
* in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo, procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT.13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

Il/La sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come sopra individuato ed identificato, dichiara di essere informato/a, tramite apposita informativa resa disponibile dal Comune di Tito in qualità di titolare del trattamento dei dati, a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa. Potranno essere trattati dati personali e sensibili come dati sulla sua persona. Questa amministrazione ha provveduto a designare il responsabile per la protezione dati personali che può essere contattato alla mail: curciolucio@tiscali.it

Acconsento al trattamento dei dati personali per sottoporre il proprio figlio/a al test antigenico rapido e per tutte le finalità di trattamento come espresse in questo modello.

[ ]  SI

[ ]  NO (in questo caso non potrà essere sottoposto al test antigenico rapido)

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

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