



# ISTITUTO COMPRENSIVO I – TORTOLI'

via MONS. VIRGILIO, 7 C.A.P. 08048 TORTOLI'

C.F. 91009650911 - TEL. 0782/623185 - FAX 0782/628051

E-MAIL [NUIC869007@ISTRUZIONE.IT](mailto:NUIC869007@ISTRUZIONE.IT) - [NUIC869007@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:NUIC869007@PEC.ISTRUZIONE.IT)

SITO WEB: [www.ics1tortoli.edu.it](http://www.ics1tortoli.edu.it)

CODICE UNIVOCO FATTURE UF5I7T

## SCREENING SARS-CoV-2

### DICHIARAZIONE CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL TEST RAPIDO ANTIGENICO E AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 679/2016) AGLI ALUNNI DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO N.1 DI TORTOLI'

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ scuola  Primaria  Secondaria di I Grado

### DICHIARO

- di aver preso visione dell'informativa relativa al test;
- di esprimere il consenso alla somministrazione del test rapido antigenico per la ricerca delle proteine del virus SARS-CoV-2;
- di essere a conoscenza che il test rapido è stato valutato come la soluzione ottimale in questo periodo critico seppure presenti un tasso di incertezza (in quanto non vengono cercati i geni del virus SARS-CoV-2 bensì le sue proteine "antigeni") e non assicuri una risposta definitiva;
- di essere a conoscenza che, pertanto, in caso di **esito positivo**, il risultato dovrà essere confermato con tampone rinofaringeo (**test molecolare**) per la ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e, comunque, di impegnarsi, qualunque sia l'esito del test antigenico, ad osservare le precauzioni e la normativa finalizzata alla prevenzione del contagio e della diffusione del virus;
- di essere consapevole che i risultati del test saranno riservati e resi noti, oltre che al diretto interessato, esclusivamente agli operatori sanitari che eseguono il test e alla ATS (Azienda Tutela Salute) ai fini agli accertamenti previsti per il caso;
- di esprimere il consenso alla comunicazione verbale e/o per via telefonica dei risultati del test in caso di **esito positivo**;
- di aver preso visione e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'emergenza covid-19 ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), rese disponibili per la consultazione in quanto trasmesse unitamente al presente modulo ed prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del test rapido antigenico e alle azioni conseguenti e di essere consapevole che i dati raccolti verranno trattati secondo quanto previsto dal Reg. UE 679/2016 (GDPR), i dati non verranno comunicati a soggetti non autorizzati e saranno usati al sol fine di fare prevenzione e indagini per la ricerca del virus Sars-CoV-2.

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato: \_\_\_\_\_