

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____,
in data _____, residente in _____,
via _____, codice fiscale _____,
 genitore del minore _____
 genitore affidatario del minore _____
 familiare affidatario del minore _____
 tutore del minore incaricato dal Tribunale di _____ in data ____//____//____
recapito telefonico (per la comunicazione del referto): _____,
Istituto _____,

alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria:

Manifesto la volontà di sottoporre il minore _____ all'esecuzione del test antigenico da parte del personale sanitario abilitato della ASL Biella, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Firma _____ Data ____//____//_____

Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dell'esito di tipo informatico (Fascicolo Elettronico, Referto On Line, ecc., esprimo il mio consenso a ricevere il referto per via telefonica (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare immediatamente al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale curante il risultato.

Firma _____ Data ____//____//_____

- Manifesto il mio diniego a sottoporre il minore _____
all'esecuzione del test antigenico e a farlo aderire al percorso definito in caso di positività.

Firma _____ Data ____/____/____

- Allego copia di documento di identità in corso di validità

Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili*

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali. I dati personali saranno trattati ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'ASL Biella in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Piemonte, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma _____ Data ____/____/____

***da leggere attentamente.**