

### 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 salivare antigenico rapido 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 salivare rapido 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.**