

GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 5 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

COGNOME E NOME DEL GENITORE/TUTORE _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA: _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

TEL _____ E-MAIL _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la responsabilità (potestà) sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati), dichiaro:

- di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente (deceduto o altro _____)
- di essere legale rappresentante del minore (tutore o altro)

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto acconsente all'esecuzione al tampone anti SARS CoV-2 al minore sotto identificato;

Autorizza ad essere informato di eventuali risultati inattesi delle indagini effettuate;

Dichiara di aver ottenuto tutte le informazioni sulle finalità dell'esame, le modalità di esecuzione e le eventuali problematiche che possono derivare dall'esecuzione del test e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi proposta;

È consapevole che il minore si sottoporrà al tampone in modo volontario e di poter ritirare il consenso in ogni momento prima dell'esecuzione dell'analisi e richiedere la distruzione del campione biologico senza nessuna penalità;

Acconsente a ricevere l'esito di tali esami da minore al genitore/ tutore;

È stato informato che i dati personali del minore verranno inseriti in archivio computerizzato centrale ai sensi del D.LGS 196/2003 sulla "tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", nonché ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679). Tale trattamento è finalizzato alla gestione dei risultati dei test, conservati per almeno un anno. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi saranno considerati strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

DATI IDENTIFICATIVI DEL MINORE

COGNOME E NOME DEL MINORE _____ SESSO F M

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

CLASSE _____ PLESSO SCOLASTICO DI _____

NOME MEDICO CURANTE _____

FIRME DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver compreso il presente "consenso informato" fronte-retro e di aver visionato completa informativa ai sensi dell'art. 13 - 14 del Regolamento UE 2016/679 esposta presso il centro ove si esegue il tampone.

Firma del genitore/ tutore

Data