SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO

U.O.S.D. Rischio Clinico

REGIONE CALABRIA

CONSENSO INFORMATO TAMPONE NASO-FARINGEO SARS-CoV-2 (minori)

Il sottoscritto/a .....

nato/a a .....il.....

residente a .....in via.....

CF..... Sesso ☐ M ☐ F

Tel: ..... e mail.....

in qualità di padre/madre/tutore (specificare) di .....

nato/a a ..... il .....

e residente a ..... in via.....

CF..... Sesso ☐ M ☐ F

ACCONSENTE

all'esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA di SARS-CoV-2 per il minore:

cognome e nome.....

classe frequentata.....Istituto Scolastico.....

DICHIARA

- di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo;
- di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
- di farlo sottoporre volontariamente all'esecuzione del test naso-faringeo.

Luogo.....Data.....

Firma del genitore/tutore .....

N.B. allegare copia del documento d'identità del dichiarante

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO

U.O.S.D. Rischio Clinico

REGIONE CALABRIA

CONSENSO INFORMATO e INFORMATIVA PRIVACY
TAMPONE NASO-FARINGEO SARS-CoV-2

Gentile Signora/Signore,
il test molecolare cui ha scelto di sottoporsi ha l'obiettivo di individuare con tecnica molecolare (da tampone naso-faringeo) la presenza di RNA del virus SARS-CoV-2, responsabile della malattia COVID-19.
Il tampone naso-faringeo è un esame diagnostico complesso, finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe.
La positività identifica un soggetto in fase di infezione attiva e che probabilmente è in grado di trasmettere l'infezione. Pertanto in caso di positività il paziente verrà sottoposto dal Dipartimento di Prevenzione ad isolamento domiciliare obbligatorio e verrà imposta la domiciliazione fiduciaria o quarantena anche ai conviventi ed ai contatti stretti.
Dovrà inoltre rispettare le regole indicate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza della Regione Calabria per un'efficace prevenzione della diffusione del Coronavirus.
Il risultato dell'esame sarà comunicato a Lei ed al Medico curante.
In caso di esito positivo, informativa sarà inviata anche all'Istituto Scolastico per l'adozione degli adempimenti di competenza.

Trattamento dei dati personali
Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato allegato, nonché derivanti dall'esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (" GDPR") del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy").
Il trattamento dei dati personali avverrà da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed e improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati. E' inoltre esclusa qualsiasi diffusione dei Suoi dati.
Con riferimento ai dati personali derivanti dall'esecuzione del test, si evidenzia che gli stessi appartengono alle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 del GDPR, e, nello specifico, costituiscono dati di natura biometrica e genetica, in grado di fornire indicazioni sullo stato di salute della persona fisica che si sottopone al test.
Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del test, pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta.
In qualsiasi momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti di accesso ai dati, integrazione, rettifica, conoscenza del loro ambito di circolazione.