

Ministero dell'Istruzione
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO



Istituto Tecnico Industriale "A. Pacinotti"

ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO - LICEO SCIENTIFICO DELLE SCIENZE APPLICATE

FONDI (LT) - Via Appia lato Itri, 75



Prot. come da segnature

Comunicazione n. 35

Fondi, 30 settembre 2020

Agli alunni
Alle famiglie

Al personale tutto

- DSGA -

Registro elettronico
Sito web (Comunicazioni del DS)

Oggetto: Screening per SARS – CoV 2

È pervenuto dalla ASL di Latina l'invito per lo *screening* in oggetto, rivolto a tutti gli alunni e al personale della scuola. Si tratta di un test rapido volontario, che sarà effettuato presso il nostro istituto in data da definire.

In allegato la comunicazione della ASL, in cui sono riportati i moduli da compilare (autorizzazione per gli studenti minorenni, consenso GDPR 679/2016) e consegnare la mattina stessa al personale sanitario che effettuerà il test.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Gina Antonetti

(firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art.3 comma 2 D. lgs.39/93)

*Direzione Generale
ASL Latina*

Ai Dirigenti Scolastici
Degli Istituti d'Istruzione
Secondaria di II grado

Si comunica che la ASL LT intende predisporre uno screening per Sars Cov 2, utilizzando test rapidi, presso in data

Lo screening sarà organizzato nel cortile dell'istituto o in palestra, ove si recherà Personale medico e infermieristico.

Gli studenti e tutto il personale scolastico si sottoporranno al test antigenico su base volontaria.

Per i minori è necessaria l'autorizzazione, allegata alla presente, a firma dei genitori.

Gli studenti maggiorenni e tutto il personale scolastico dovranno compilare il consenso e, ove possibile, portare anche il tesserino sanitario.

Il giorno stesso dello screening sia gli studenti minorenni che gli studenti maggiorenni e il personale scolastico consegneranno *brevi manu* al personale sanitario il modulo di consenso debitamente compilato.

I ragazzi e/o gli operatori che risulteranno positivi al test, saranno sottoposti al TNF molecolare nella stessa mattinata e allontanati dalla scuola in attesa del risultato definitivo; nel caso di studenti minorenni, saranno avvisate le famiglie.

Il Direttore Generale della ASL di Latina
(Dott. Giorgio Casati)

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MAGGIORENNI E PERSONALE SCOLASTICO

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)*.

1. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto nato a

Residente a (prov.),

in Via

Dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data

(firma leggibile)

2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E
FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data

_____ (firma leggibile)

DATI ANAGRAFICI

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ VIA _____

C.F. _____

CELLULARE _____

EMAIL _____

Data _____ firma _____

*il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente, dal rappresentante legale, ovvero da un familiare o convivente munito di delega e documento di identità proprio e del delegante anche in copia

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MINORENNI

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dei genitori dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)*.

3. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto nato a
..... il Residente a
..... (prov.), in Via cellulare
..... mail
genitore dell'alunno della classe sezione
.....,

dichiarando di essere informato della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che riguardano mio/a figlio/a, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data

(firma leggibile)

4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data

(firma leggibile)

DATI ANAGRAFICI del minore

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ VIA _____

C.F. _____