



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

CONSENSO ESECUZIONE TEST SALIVARE

Autocertificazione della qualità di genitore - esercente la responsabilità genitoriale - tutore - curatore - amministratore di sostegno (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____, nato /a _____
in data _____, residente in _____
via _____, codice fiscale _____
Documento identità _____ N° _____
rilasciato da _____ in data _____
Recapito telefonico _____ indirizzo e.mail _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) ed informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore titolare/esercente la responsabilità genitoriale
- Persona esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di _____ nato/a a _____ Prov _____
il _____ residente a _____ Prov _____ Via _____
n° _____ 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 da parte del personale abilitato, 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.
- dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a firmare il documento, è stato informato dell'esecuzione del tampone salivare;
- di esercitare da solo/a la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

Firma _____ Luogo e data _____

- Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dall'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.

- Manifesto il mio diniego a sottoporre il minore _____ all'esecuzione del test antigenico e a farlo aderire al percorso definito in caso di positività.
- Allego copia di documento di identità in corso di validità di entrambe i genitori e del minore

Firma _____ Luogo e data _____



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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 NO 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 _____ Luogo e data _____

***da leggere attentamente**

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Il Referente ASL NO
Dipartimento di Prevenzione
Dott.ssa Patrizia Grossi