

**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. \_\_\_\_\_