



## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Ricerca SARS-CoV-2 su tampone rinofaringeo - minori

*Ai sensi del combinato disposto dell'art. 6 paragrafo 1 lett. e) e dell'art. 9 par. 2 lett. i) del GDPR e l'art. 2 -sexies lett. u) del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test. La finalità del trattamento è l'esecuzione della ricerca molecolare del SARS-CoV-2 su tampone oro-rinofaringeo su minore. L'ASL CN1 è titolare del trattamento nell'ambito dell'effettuazione del prelievo e dell'esame di laboratorio eseguiti secondo le procedure aziendali.*

Noi sottoscritti:

(cognome e nome madre) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(cognome e nome padre) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

autorizziamo l'esecuzione della ricerca molecolare del SARS-CoV-2 su tampone rinofaringeo su:

(cognome e nome figlio) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### A TAL FINE DICHIARIAMO

Di aver ricevuto indicazioni per l'esecuzione del test:

- **PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE** Dr. \_\_\_\_\_
- **SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA** sede di \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_

Per una delle seguenti motivazioni:

- **SINTOMI**
- **CHIUSURA QUARANTENA per rientro a scuola\*:**

(\*data di esecuzione tampone indicata dal SISP: \_\_\_\_\_)

E di avere ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario cui verrà sottoposto il minore su cui esercitiamo la patria potestà.

Pertanto, qualora si rilevi una positività alla ricerca molecolare o antigenica del SARS-CoV-2, il minore deve immediatamente:

iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato unitamente ai genitori;

- contattare il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta per gli adempimenti e accertamenti previsti sugli altri conviventi (padre - madre - altri figli o parenti conviventi);
- Segnalare tempestivamente al SISP i contatti stretti avuti nei 15 giorni antecedenti

Dichiariamo di avere letto e compreso il significato della ricerca molecolare alla quale consapevolmente e liberamente abbiamo chiesto di sottoporre il minore su cui esercitiamo la responsabilità genitoriale e ci impegniamo a rispettare le misure previste, qualora la ricerca molecolare risultasse positiva, consapevoli dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni cui possiamo incorrere.

Dichiariamo inoltre di essere consapevoli che le priorità nell'esecuzione dei tamponi necessari al Servizio Pubblico, a tutela della collettività, possono comportare ritardi, anche importanti, nell'esecuzione e successiva ricerca molecolare del tampone cui saremo sottoposti.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma leggibile madre \_\_\_\_\_

Firma leggibile padre \_\_\_\_\_

In assenza del (madre - padre) dichiaro, sin da ora, di avere acquisito il consenso verbale del genitore assente all'esecuzione della ricerca molecolare del SARS-CoV-2 sul tampone rinofaringeo avendolo informato sulla normativa vigente in relazione al minore, ai conviventi e contatti stretti in caso di positività.

Firma leggibile madre\padre \_\_\_\_\_