



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San-Secondo, 29 - 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____

in data _____

residente in _____

via _____

codice fiscale _____

genitore del minore:

genitore affidatario del minore:

familiare affidatario del minore:

tutore del minore:

incaricato dal Tribunale di _____ in data ____//____//____

recapito telefonico (per la comunicazione del referto):

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 _____

a partecipare allo screening relativo alla **scuola primaria:**

all'esecuzione del test salivare antigenico rapido da parte di personale formato dall'Asl città di Torino e 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.



ASL
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

- a partecipare allo screening relativo alla **scuola secondaria di primo grado**:
all'esecuzione del tampone antigenico rapido o del tampone molecolare da parte
del personale sanitario abilitato della ASL "Città di Torino", 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.

Firma _____

Data // // _____

- Manifesto il mio diniego** a sottoporre il minore _____ al
percorso di screening.

Firma _____

Data // // _____

- Allégo copia di documento di identità in corso di validità

Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili da leggere attentamente

- 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 CITTA' DI TORINO 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 _____

Data // // _____