



***Istituto Comprensivo "F. D'ASSISI - NICOLA AMORE"***

Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado (con sezione a indirizzo musicale)

80048-SANT'ANASTASIA (NA) - Via Verdi,72

Tel. 081/8930723/8930709 - 081/9762332

Cod. Mecc NAIC8GU00E - C..F. 95246120638

e-mail [naic8gu00e@istruzione.it](mailto:naic8gu00e@istruzione.it)

pec [naic8gu00e@pec.istruzione.it](mailto:naic8gu00e@pec.istruzione.it)

Prot. n. 5908 /IV.8

Sant'Anastasia, 13/12/2021

Ai genitori degli alunni della scuola primaria e  
Scuola secondaria di primo grado  
Ai docenti della scuola primaria e secondaria di primo grado

**Oggetto: SCREENING COVID 19 RIVOLTO AD ALUNNI SCUOLA PRIMARIA E  
SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Ad integrazione della nota prot. 5801/IV.8 del 09/12/2021 si invia comunicazione del Comune di Sant'Anastasia, acquisita al prot. 5903/IV.8 del 13/12/2021.

I genitori che hanno dato autorizzazione ad effettuare il test antigenico salivare, sono pregati di compilare consenso informato per la ditta Medis srl, di stamparlo e di consegnarlo, tramite il proprio figlio, al coordinatore/insegnante di classe, che a sua volta lo consegnerà al vicepresidente/fiduciario di plesso.

Si prega di non inviarlo sulla posta della scuola.

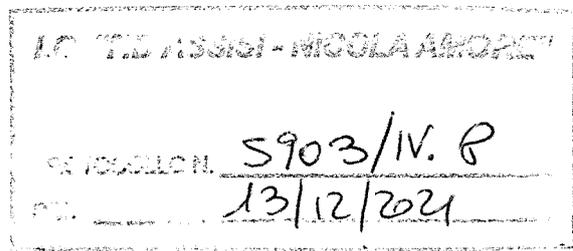
Certa della fattiva collaborazione di tutti , porgo cordiali saluti

*Il Dirigente Scolastico*

*Dott.ssa Angela De Falco*

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3del D. Lgs. N39/1993





Gentile Signora/Signore,

Il comune di Sant'Anastasia avvalendosi della collaborazione della Medis srl con sede legale in via Federico Ricco, Nocera Inferiore (SA) con P. IVA 04439770654, mette a disposizione la possibilità di eseguire un test rapido antigenico salivare che è in grado di offrire una risposta in 15 minuti di attesa.

Qualora l'esito sia positivo verrà informato il Dirigente scolastico di riferimento per invitarLa poi ad eseguire la prassi necessaria prevista come il test mirato alla conferma del coronavirus tramite tampone molecolare nasofaringeo presso laboratorio accreditato e o Ente di competenza.

### **Il tampone antigenico**

Il test eseguito sarà un tampone antigenico definito comunemente come "tampone rapido" di tipo salivare.

Il test antigenico rapido COVID-19 (Latex o equivalente) sarà eseguito su saliva orofaringea posteriore ed espettorato.

Nella pratica clinica, il test può essere utilizzato per la rilevazione rapida della SARS-Cov-2 e di tutti i suoi mutanti in campioni di saliva orofaringea posteriore ed espettorato di individui.

Il test richiede solo 15 minuti per essere eseguito ed è molto più facile veloce del test dell'acido nucleico

### **Trattamento dei dati personali / Data Protection**

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato in calce, nonché derivanti dall'esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 ("GDPR") del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy").

Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati.

Per avere ulteriori informazioni in ordine ai suoi diritti ed alla disciplina sulla protezione dei dati in generale, può visitare il sito web dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, all'indirizzo <http://www.garanteprivacy.it/>.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del test. Pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta. Non è previsto un processo decisionale automatizzato ai sensi degli artt. 13, par. 2, lettera f) del Regolamento (UE) 679/2016.

### **Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati, comunque, non saranno in nessun caso diffusi né trasferiti in Paesi extra UE.

### **I suoi diritti**

Lei ha il diritto di esercitare i diritti indicati dagli articoli 15 e ss del GDPR, ovvero ha la facoltà di accedere ai dati e, nei casi previsti, di chiederne la modifica, la cancellazione o la portabilità. Potrà inoltre opporsi al trattamento e chiederne la limitazione, così come potrà proporre reclamo o segnalazione al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO DEL MINORENNE

ANAGRAFICA DEL MINORE Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ pediatra \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ sottoscritta  
(madre) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Documento di identità n° \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

- a) di aver letto e compreso il significato del tampone antigenico;
- b) di aver letto il presente modulo di consenso Informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
- c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test antigenico ed autorizzare la Medis srl, tramite personale sanitario specializzato all'esecuzione dello stesso
- d) di aver letto e compreso che i dati anagrafici, domicilio e telefono del proprio figlio/tutorato legale verranno trattati e poi trasmessi, ove necessario, da parte di Medis srl, alle Autorità Sanitarie competenti;
- e) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo di sottoporsi a tampone molecolare.

Luogo e data \_\_\_\_\_

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