



M.I.

I.C. "F. D'ASSISI-NICOLA AMORE
80048 - Sant'Anastasia (NA) - Via Verdi,n. 72
- tel/fax 0818930723/0818930709
Cod. Mecc. NAIC8GU00E – C.F. 95246120638
e-mail naic8gu00e@istruzione.it
PEC: naic8gu00e@pec.istruzione.it



Prot. n. 2120 /IV.8

Sant'Anastasia, lì 30/03/2022

Ai genitori degli alunni
Scuola Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Sec. I° Grado
Al Sito Web

COMUNICAZIONE N. 63

OGGETTO: Campagna di screening COVID-19 rivolta alla popolazione scolastica.

L'amministrazione del Comune di Sant'Anastasia sta continuando la campagna di screening rivolta a tutta la popolazione scolastica del territorio con tampone salivare.

Per agevolare le operazioni previste e velocizzare le procedure, si chiede ai genitori di comunicare la propria adesione ai coordinatori di classe e di compilare il modulo, allegato alla presente, contenente la dichiarazione di consenso informato, di stamparlo e portarlo al momento dell'effettuazione del test.

Si precisa che il calendario delle operazioni di screening verrà stabilito appena si è a conoscenza del numero delle adesioni.

Si ringrazia per la consueta collaborazione e si inviano cordiali saluti.

F.to Distinti saluti
ds (Dott. Angela De falco)
Firma autografa omessa ai sensi
Dell'art. 3 del D.Lgs n. 39/1993

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 espectorato.

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).

Pagina 1 di 2

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° _____ frequentante il plesso

nome pediatra _____ città _____

Il sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento di identità

n° _____ (emadre) _____ la _____

_____ sottoscritta 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 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 telefonico del proprio figlio/tutorato 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 _____