

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST
RAPIDO PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (*) _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

DICHIARO

- di essere studente (maggiorenne) che frequenta il Liceo Artistico “Alpinolo Magnini”;
- genitore (*in caso di minore*), anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario

dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____

che frequenta la scuola _____ classe _____

- personale docente o non docente della seguente scuola _____

Firma _____ Data _____

(*) anche se residente fuori comune

INFORMATIVA AL CITTADINO SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IL TEST RAPIDO PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS E SUL TRATTAMENTO DATI

Gentile cittadina, Gentile cittadino, desideriamo darLe informazioni dettagliate sulla partecipazione al programma di testing, offerto dal Comune di Deruta, mirato a rivelare la proteina del nucleocapside del Coronavirus nella popolazione composta da:

- studenti frequentanti le scuole di ogni ordine e grado del territorio comunale;
- personale docente e non docente delle scuole di ogni ordine e grado del territorio comunale

Prima che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere queste pagine con attenzione, prendendo tutto il tempo di cui ha bisogno, e di non esitare a chiedere chiarimenti qualora avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

INTRODUZIONE

L'infezione causata dal nuovo coronavirus, chiamato SARS-CoV-2, può manifestarsi con diversi segni e sintomi. I più frequenti interessano il tratto respiratorio con forme che possono essere lievi, o di crescente gravità, fino a causare polmonite severa e sindrome respiratoria acuta grave.

QUALI SONO GLI SCOPI DEL TESTING?

L'attività di testing nelle fasce di popolazione target del presente progetto è un fondamentale contributo alla lotta alla pandemia, che si affianca a tutte le altre azioni messe in atto nella nostra Regione, in funzione della ripresa delle attività didattiche in presenza nelle scuole del territorio comunale, al fine di potenziare le condizioni di sicurezza nello svolgimento delle attività scolastiche in presenza.

Si ritiene strategico, a tal fine, eseguire test antigenici rapidi, meno laboriosi di altri test, che rilevando la proteina del nucleocapside del Coronavirus, possono contribuire a migliorare la capacità complessiva di identificare i casi offrendo vantaggi in termini di tempi di risposta e consentendo così di evitare il nascere di possibili nuovi focolai di Covid-19.

In caso di positività al test è necessario permanere a domicilio in isolamento volontario nel rispetto delle indicazioni dettate dal competente Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

COSA COMPORTA LA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI TESTING?

La partecipazione comporta:

- per i maggiorenni, la compilazione di un'autocertificazione della propria condizione di soggetto avente diritto all'effettuazione del test;
- per i minori, la consegna da parte del cittadino del modulo di consenso alla partecipazione del minore al progetto, e l'esecuzione del test da parte del genitore/tutore/affidatario;
- la compilazione, anche con acquisizione automatica di dati da parte dei volontari di dati anagrafici; codice fiscale; numero di cellulare per successivi eventuali contatti da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica; conferma assenza di febbre;
- l'esecuzione del test antigenico rapido utile a valutare la presenza di componenti proteiche del virus (antigeni).

COMUNICAZIONE E SIGNIFICATO DEI RISULTATI

L'esito del test Le sarà comunicato via mail. La comunicazione di test positivo, unitamente alla fotografia del test, viene inviata via mail anche al Suo Medico.

SONO OBBLIGATO A PARTECIPARE?

La partecipazione è volontaria e non vi è, dunque, alcun obbligo da parte Sua a partecipare se non lo desidera.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La Regione Umbria, l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 e l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in qualità di autonomi Titolari del trattamento in base alle rispettive funzioni istituzionali, Le forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari che saranno trattati dal Comune di Deruta per effettuare test diagnostici rapidi per SARS-CoV-2.

Titolari del trattamento

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Via G. Guerra 21 - 06127 Perugia pec aslumbria1@postacert.umbria.it

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Viale Bramante 37 – 05100 Terni pec aslumbria2@postacert.umbria.it

Regione Umbria, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Corso Vannucci, 96 - 06121 Perugia pec regione.giunta@postacert.umbria.it

Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

I Suoi dati saranno raccolti e trattati, per le finalità di cui: all'art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento UE 2016/679 (di seguito Regolamento) ovvero “*per finalità di medicina preventiva ... diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali ...*”; all'art. 9, par. 2) lett. i) del Regolamento ovvero “*per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali ...*”.

Natura del conferimento dei dati

Non è necessario prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h) ed i) del Regolamento.

Modalità di trattamento dei dati

I Suoi dati saranno trattati in modo corretto, lecito e trasparente, nel pieno rispetto della normativa in materia, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto il personale volontario. Il Comune di Deruta è designato Responsabile del trattamento dei dati.

Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

Comunicazione dei dati

I Suoi dati possono essere comunicati a soggetti pubblici o privati coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, i quali agiscono in qualità di Responsabili del trattamento; al Ministero della Salute per finalità di propria competenza; all'Azienda Sanitaria di residenza (se diversa da quella di accesso); a Scuole, Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria.

In particolare, ai sensi della Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 8 gennaio 2021 gli esiti dei test antigenici saranno inseriti dai volontari nel sistema informativo regionale CUP.

Diritti dell'interessato

Per l'esercizio dei Suoi diritti, secondo quanto previsto dagli articoli da 15 a 22 del Regolamento e per tutte le ulteriori informazioni relative al trattamento dei Suoi dati, può scrivere alla casella mail o pec dei Titolari del trattamento ovvero alla casella mail dei Responsabili della Protezione dati dpo@regione.umbria.it - dpo@pec.uslumbria1.it - dpo@pec.uslumbria2.it

La informativa estesa della Regione dell'Umbria è disponibile sul sito web <https://www.regione.umbria.it/privacy1>.

La informativa estesa dell'AUSL n. 1 è disponibile sul sito web <https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy>

La informativa estesa dell'AUSL n. 2 è disponibile sul sito web <https://www.uslumbria2.it/pagine/privacy>



COMUNE DI DERUTA
PROVINCIA DI PERUGIA

Consenso informato

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio (<i>se diverso da residenza</i>)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Email	
Medico	

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di (*da compilare in caso di minore*)

Nome e cognome	
Nato a	Il
Codice fiscale	
Che frequenta la Scuola _____ Classe _____	

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a rimanere (o, nel caso di minore, a far rimanere _____), in caso di positività del test antigenico, presso il proprio domicilio in attesa delle indicazioni dell'autorità sanitaria.

Data _____

Firma _____