



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO



LICEO GINNASIO STATALE "ORAZIO"

Via Alberto Savinio, 40 - 00141 – ROMA ☎ 06/121125256

C.F. 80258390584 Codice univoco UFOAOG

✉ rmpc150008@istruzione.it ✉ rmpc150008@pec.istruzione.it

Roma, 28 ottobre 2020

Circolare n. 26

Ai docenti
Alle studentesse e agli studenti
Alle famiglie
Al personale ATA

Oggetto: Screening scolastico per SARS-CoV-2

Si comunica che nei prossimi giorni la ASL RM1 effettuerà uno screening per SARS-CoV-2 mediante test antigenico su base volontaria nella palestra di via Savinio per il personale scolastico e le studentesse e gli studenti della sede centrale, nella palestra di via Spegazzini per il personale scolastico e le studentesse e gli studenti delle due sedi succursali (via Spegazzini e via Isola Bella). Per le studentesse e gli studenti minorenni è necessaria l'autorizzazione, allegata alla presente, a firma dei genitori; le studentesse e gli studenti maggiorenni e tutto il personale scolastico dovranno compilare il modulo per il consenso e, ove possibile, portare anche il tesserino sanitario. Autorizzazioni e moduli debitamente compilati dovranno essere consegnati *brevi manu* al personale sanitario il giorno dello screening. Ulteriori indicazioni seguiranno a breve.

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Maria Grazia Lancellotti

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MAGGIORENNI E PERSONALE SCOLASTICO

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)*.

1. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto/a nata/o a residente a (prov.), in Via dichiarando di essere stata/o informata/o per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data (firma leggibile)

2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

*il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente, dal rappresentante legale, ovvero da un familiare o convivente munito di delega e documento di identità proprio e del delegante anche in copia

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data Firma operatore _____

DATI ANAGRAFICI

(firma leggibile)

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME.....NOME.....

NATA/O A..... IL.....

RESIDENZA/DOMICILIO.....VIA.....

C.F.CELLULARE.....

EMAIL.....

Data.....Firma _____

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MINORENNI

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dei genitori dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679).

1. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritta/o....., nata/o a il, residente a (prov.), in Via cellulare....., mail, genitore dell'alunna/o della classe sezione, dichiarando di essere informata/o della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che riguardano mia/o figlia/o, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data (firma leggibile)_____

2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data (firma leggibile)_____

DATI ANAGRAFICI del minore

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME NOME

NATA/O A IL

RESIDENZA/DOMICILIO VIA

C.F.