



DA COMPILARE PER I MINORENNI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Genitore

Tutore

DI

Nome Cognome \_\_\_\_\_

Nato \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del test sierologico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma \_\_\_\_\_

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali: i dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, 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". titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni 19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

\_\_\_\_\_