

 <p>CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO G.B. Morgagni S.p.A. POLICLINICO CASE DI CURA</p> <p>POLISPECIALISTICO CATANIA CENTRO CUORE PEDARA CHECK POINT SAN GREGORIO DI STEFANO VELONA CATANIA</p>	CONSENSO INFORMATO MINORI	TEST SIEROLOGICO SARS COVID-19 IGG2
---	--------------------------------------	--

GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO di NOTORIETA' (Art. 5 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000):

COGNOME E NOME DEL GENITORE/ TUTORE _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL _____ MAIL _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la responsabilità (potestà) sul minorenne compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati), dichiaro:

- di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente
(deceduto o altro _____)
- di essere legale rappresentante del minore (tutore o altro)

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto acconsente l'esecuzione del test sierologico Sars Covid-19 per la rilevazione degli anticorpi appartenenti alle immunoglobuline di classe G (IgG) al minore sotto identificato.

Dichiara di aver ottenuto tutte le informazioni sulle finalità dell'esame, le modalità di esecuzione e le eventuali problematiche che possono derivare dall'esecuzione del test e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi proposta.

È consapevole che il minore si sottoporrà al prelievo in modo volontario e di poter ritirare il consenso in ogni momento prima dell'esecuzione dell'analisi e richiedere la distruzione del campione biologico senza nessuna penalità.

Acconsente a ricevere il referto del test a cui si è sottoposto il minore.

È stato informato che i dati personali del minore verranno inseriti in archivio computerizzato centrale ai sensi del D.LGS 196/2003 sulla "tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", nonché ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679). Tale trattamento è finalizzato alla gestione dei risultati dei test, conservati per almeno un anno. Tutti i risultati ottenuti dalle analisi saranno considerati strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

DATI IDENTIFICATIVI DEL MINORE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ RESIDENTE A _____

VIA _____ N. _____

FIRME DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver compreso il presente "consenso informato" fronte-retro e di aver visionato completa informativa ai sensi dell'art. 13 - 14 del Regolamento UE 2016/679 esposta presso il centro ove si esegue il tampone.

DATA E FIRMA DEL GENITORE/TUTORE
