



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

genitore del minore \_\_\_\_\_

genitore affidatario del minore \_\_\_\_\_

familiare affidatario del minore \_\_\_\_\_

tutore del minore incaricato dal Tribunale di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

recapito telefonico (per la comunicazione del referto): \_\_\_\_\_,

Istituto \_\_\_\_\_,

alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria:

Manifesto la volontà di sottoporre il minore \_\_\_\_\_

all'esecuzione del test antigenico o del tampone molecolare da parte del personale sanitario abilitato della ASL TO4, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dell'esito di tipo informatico (Fascicolo Elettronico, Referto On Line, ecc.), esprimo il mio consenso a ricevere il referto per via telefonica (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare immediatamente al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale curante il risultato.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



www.regione.piemonte.it/sanita

Manifesto il mio diniego a sottoporre il minore \_\_\_\_\_  
all'esecuzione del test antigenico .

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_\_

Allego copia di documento di identità in corso di validità

**Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili\***

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali. I dati personali saranno trattati 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". Il titolare del trattamento è l'ASL TO4. in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Piemonte, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_\_

**\*da leggere attentamente.**