

## ALLEGATO 1 - NOTA INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PER TEST MOLECOLARE SU SALIVA

### PIANO PER IL MONITORAGGIO DELLA CIRCOLAZIONE DEL SARS-COV-2 NELLE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO

#### *Nota informativa e modulo di consenso*

Per l'anno scolastico 2021/2022, la Struttura Commissariale per l'emergenza COVID-19 ha predisposto un "Piano per il monitoraggio della circolazione del SARS-COV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado". Il Piano di monitoraggio ha l'obiettivo di controllare la circolazione del SARS-CoV-2 (il virus responsabile dei casi di COVID-19) nelle scuole, e tutelare quindi lo svolgimento della didattica in presenza. La sorveglianza prevede l'individuazione di "scuole sentinella" e la successiva offerta di test salivari ad un campione di studenti delle scuole primarie e secondarie di primo grado. Nel Lazio, il Piano prevede l'effettuazione di oltre 5.000 test salivari ogni 15 giorni.

Il Vostro Istituto scolastico è stato individuato come "scuola sentinella". Per questo motivo, ad alcuni alunni la ASL offre la possibilità di effettuare un test salivare per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Il prelievo di saliva è un metodo semplice, meno invasivo rispetto al tampone naso-orofaringeo, ed altamente attendibile nei risultati. *La raccolta del campione salivare è realizzata direttamente al proprio domicilio OPPURE La raccolta del campione salivare è realizzata all'interno del plesso scolastico, con il supporto del personale sanitario della ASL.* Il campione viene raccolto facendo impregnare di saliva all'alunno/a una spugnetta sterile per almeno 60 secondi. Il prelievo deve essere effettuato appena svegli e a digiuno oppure a distanza di almeno 30 minuti dall'assunzione di cibo o bevande e dalla pulizia dei denti. La ASL ha predisposto materiale illustrativo dettagliato per guidare alunni e famiglie nella semplice attività di prelievo della saliva. Il campione verrà raccolto secondo le indicazioni fornite da ASL/Scuola e quindi analizzato da uno dei Laboratori di riferimento della ASL per l'effettuazione di un test molecolare, che identifica la presenza del materiale genetico del virus SARS-CoV-2.

La invitiamo ad aderire a questa iniziativa nazionale che prevede l'effettuazione di un test salivare da parte di suo figlio/a. **L'adesione all'iniziativa è individuale, volontaria e gratuita**, previo consenso firmato da parte del genitore/tutore legale dell'alunno/a.

I risultati dei test negativi verranno comunicati il giorno successivo alla raccolta del campione al genitore/tutore legale *via e-mail*. **In caso di test positivo**, Lei sarà tempestivamente contattato telefonicamente dalla ASL ed il soggetto positivo dovrà essere posto in isolamento domiciliare e seguire le istruzioni del medico curante e dei servizi della ASL XXXX, per i provvedimenti più opportuni del caso. La informiamo, inoltre, che i Suoi dati verranno registrati su una piattaforma aziendale della ASL di Viterbo (nome, cognome, data di nascita, residenza, telefono ed indirizzo di posta elettronica, ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19): tutto ciò verrà utilizzato e trattato per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 ss.mm.ii.)

### Adesione e Consenso all'iniziativa

Per l'alunno: ....., classe....., sezione.....

Io sottoscritto..... nato a .....

....., il ..... Residente a .....

.....(prov. ....), in Via .....

e-mail ..... alla luce di quanto sopra esposto

**manifesto la volontà** a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test molecolare su saliva per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma

\_\_\_\_\_

**esprimo il mio consenso** al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma

\_\_\_\_\_

**esprimo il mio consenso** al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale

*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". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate all'effettuazione del test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test molecolare-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.*

Data .....

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)