

## 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 sottoscritto ..... nato a  
..... il ..... Residente a  
..... (prov. ....) ,in Via ..... cellulare  
..... mail .....  
genitore dell'alunno ..... della classe ..... sezione  
..... ,

dichiarando di essere informato 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 mio/a figlio/a, 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

O ACCONSENTO                      O 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 \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

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