

**RICHIESTA TEST SIEROLOGICO ATTIVITA' DI BABY-SITTING, ASSISTENZA ED
EDUCAZIONE DOMICILIARE PER DISABILI O PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
E CERTIFICAZIONE DI NEGATIVITA' AL TEST**

(secondo DL 15 maggio 2020 n° 78 articolo 2)

**E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVO ALL'ESECUZIONE
DEI TEST PER LA RILEVAZIONE DI ANTICORPI ANTI-SARS CoV-2**

(ricerca anticorpi IgM/IgG anti SARS-CoV-2)

I/ Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice I.S.S./Fiscale _____

Residente in _____

Numero di telefono/E-Mail _____

In qualità di:

☐ Genitore/i-Tutore ☐ Tutore ☐ Familiare ☐ Capofamiglia

Dichiaro che mi avvarrò di:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice I.S.S./Fiscale _____

Residente in: Via _____ N° _____ Castello _____ CAP _____

Numero di telefono/E-Mail _____

Per il servizio di:

☐ Baby-Sitting ☐ Assistenza ed educazione per minori ☐ Assistenza ed educazione domiciliare per disabili
☐ Assistenza per persona non autosufficiente ☐ Collaborazione domestica

Il fornitore del servizio sarà regolarizzato tramite::

☐ Rapporto di lavoro ☐ Rapporto accessorio di piccola collaborazione domestica
☐ Rapporto di lavoro occasionale per i Servizi alla famiglia

Oppure il fornitore del servizio:

☐ è socio volontario iscritto o dipendente di cooperativa, associazione, federazione o fondazione (avente come scopo principale il sostegno alle persone disabili) per l'erogazione dei servizi richiesti dal genitore/tutore/familiare/capofamiglia
☐ è in possesso di Codice Operatore Economico in qualità di lavoratore autonomo svolgente le tipologie attività richieste dal genitore/tutore/familiare/capofamiglia

Pertanto, ai sensi del decreto legge 78/2020, si richiede per il fornitore del servizio test sierologico e, in caso di IgM o IgG positive, tampone molecolare ai fini dello svolgimento del servizio domiciliare.

FIRMA GENITORE/I TUTORE/FAMILIARE/CAPOFAMIGLIA

FIRMA FORNITORE SERVIZIO

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE CURE PRIMARIE E SALUTE TERRITORIALE

Il presente modulo è stato ricevuto il _____

Certificazione di negatività (timbro)

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente la informiamo che i dati forniti all'Istituto Sicurezza Sociale, raccolti dai propri operatori, verranno trattati per finalità connesse alla raccolta, conservazione, consultazione ed elaborazione relative ai percorsi di screening, sicurezza sul lavoro, sanità pubblica ed eventuale diagnosi e cura e alle certificazioni sanitarie o amministrative conseguenti.

I dati potranno essere trattati in forma anonima per finalità scientifiche e statistico-epidemiologiche o in forma esplicita per invio di informazioni riguardanti il singolo soggetto.

I dati verranno trattati e conservati in forma cartacea o digitale, presso gli archivi ISS, per i tempi necessari ad espletare le finalità sopra illustrate e per adempiere agli obblighi di legge.

Il conferimento dei dati è necessario per poter eseguire il test ed eventuali successivi approfondimenti ed interventi; viceversa il rifiuto di fornire i dati richiesti o l'omissione di informazioni inerenti, potrebbe precludere od inficiare la corretta erogazione dei servizi.

I dati, inoltre, potranno essere comunicati a soggetti terzi, per esigenze tecniche ed operative strettamente collegate alle finalità sopra enunciate.

L'interessato ha diritto comunque di conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi del titolare e dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza. L'interessato ha inoltre diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge e l'attestazione che entrambe queste operazioni siano state portate a conoscenza a coloro cui sono stati diffusi i dati, a meno che ciò si riveli impossibile o spropositato rispetto alle finalità di tutela. Ha inoltre diritto ad opporsi al trattamento e a revocare il consenso in qualunque momento.

Per quanto sopra riportato Titolare del Trattamento è il Direttore Generale ISS.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Cognome _____

Nome _____

Codice I.S.S o Fiscale _____

alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali (o del minore) inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data _____ Firma/e _____
