AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AI MINORI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI E ALLE SCUOLE STATALI E PARITARIE FINO ALL'UNDICESIMO ANNO DI ETÀ. (Deliberazione della Giunta Regionale n. 837 dell'8/9/2021).

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI E COMPLETARE OGNI CAMPO)

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in (*) _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

dichiaro di essere a conoscenza che il test volontario e gratuito è indirizzato a minori fino all'undicesimo anno di età e di essere

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) _____ (Cognome) _____ che frequenta servizi socioeducativi all'infanzia (Nido/Scuola infanzia) / Scuola primaria (Scuola elementare) / secondaria di primo grado (Scuola Media):
  Denominazione e sede della scuola frequentata_____
  _____
  Classe _____

Firma _____ Data _____

(*) anche se residente fuori regione

INFORMATIVA AL CITTADINO SULLA POSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN FARMACIA IL TEST RAPIDO PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS E SUL TRATTAMENTO DATI

Gentile cittadina, Gentile cittadino,
desideriamo darLe informazioni dettagliate sulla partecipazione al programma di testing, offerto dalla Regione Umbria, mirato a rivelare la proteina del nucleocapside del Coronavirus nella popolazione composta da:

- Minori iscritti per l'anno educativo e scolastico 2021-2022 ai servizi socioeducativi per la prima infanzia pubblici e privati e alle scuole statali e paritarie fino all'undicesimo anno di età.

Prima che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere queste pagine con attenzione, prendendo tutto il tempo di cui ha bisogno, e di non esitare a chiedere chiarimenti qualora avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

INTRODUZIONE
L'infezione causata dal nuovo coronavirus, chiamato SARS-CoV-2, può manifestarsi con diversi segni e sintomi. I più frequenti interessano il tratto respiratorio con forme che possono essere lievi, o di crescente gravità, fino a causare polmonite severa e sindrome respiratoria acuta grave.

QUALI SONO GLI SCOPI DEL TESTING?
L'attività di testing nelle fasce di popolazione target del presente progetto è un fondamentale contributo alla lotta alla pandemia, che si affianca a tutte le altre azioni messe in atto nella nostra Regione, in funzione della ripresa delle attività didattiche in presenza della scuola secondaria di secondo grado, al fine di potenziare le condizioni di sicurezza nello svolgimento delle attività scolastiche in presenza.
Si ritiene strategico, a tal fine, eseguire test antigenici rapidi, meno laboriosi di altri test, che rilevando la proteina del nucleocapside del Coronavirus, possono contribuire a migliorare la capacità complessiva di identificare i casi offrendo vantaggi in termini di tempi di risposta e consentendo così di evitare il nascere di possibili nuovi focolai di Covid-19.
In caso di positività al test è necessario permanere a domicilio in isolamento volontario nel rispetto delle indicazioni dettate dal competente Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ed eseguire il tampone molecolare nasofaringeo che potrà confermare o meno la presenza del virus SARS-CoV-2.

CHI PROMUOVE IL PROGRAMMA?
Il programma è promosso dalla Regione Umbria e viene realizzato in collaborazione con le Farmacie convenzionate situate nel territorio regionale.

COSA COMPORTA LA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI TESTING?
La partecipazione comporta:

- per i minori, la consegna da parte del cittadino del modulo di consenso alla partecipazione del minore al progetto, e l'esecuzione del test da parte del genitore/tutore/affidatario;
- la compilazione, anche con acquisizione automatica di dati da parte del farmacista di dati anagrafici; codice fiscale; numero di cellulare per successivi eventuali contatti da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica; conferma assenza di febbre;
- l'esecuzione in Farmacia del test antigenico rapido utile a valutare la presenza di componenti proteiche del virus (antigeni): dopo avere eseguito il campionamento, il tampone viene stemperato all'interno di una provetta contenente poche gocce di un liquido; successivamente, il liquido è versato sulla cassettina del test; in caso di rilevazione dell'antigene comparirà una banda di conferma della positività al test;

COMUNICAZIONE E SIGNIFICATO DEI RISULTATI

L'esito del test Le sarà comunicato via mail. La comunicazione di test positivo, unitamente alla fotografia del test, viene inviata via mail anche al Suo Medico che potrà prenotare il tampone nasofaringeo mirato ad individuare l'RNA del virus (acido nucleico).
Se il test antigenico rapido risulterà positivo vorrà dire che Lei è entrato in contatto con il virus. Questa eventualità dipende principalmente dalla frequenza con cui l'infezione ha circolato nella sua area geografica.
Inoltre, in caso di risultato positivo, esiste anche la possibilità che Lei sia contagioso.
Proprio per questo, in caso di positività al test antigenico rapido, dovrà sottoporsi a un tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA virale del virus SARS-CoV-2 al fine di stabilire se Lei è in fase di possibile contagiosità.
Fino a quel momento Le è richiesto di restare in isolamento presso il Suo domicilio evitando i contatti con altre persone; in caso di positività alla ricerca del SARS-CoV-2 attraverso il tampone, si attiverà l'isolamento contumaciale e i provvedimenti conseguenti da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.
L'attività condotta dai Servizi di Salute Pubblica consentirà inoltre di individuare altri contatti e conseguentemente impedire la nascita di ulteriori focolai di COVID-19.

In caso di risultato al test antigenico rapido negativo non vi sarà necessità di un Suo isolamento domiciliare.

SONO OBBLIGATO A PARTECIPARE?
La partecipazione è volontaria e non vi è, dunque, alcun obbligo da parte Sua a partecipare se non lo desidera.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La Regione Umbria, l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 e l' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in qualità di autonomi Titolari del trattamento in base alle rispettive funzioni istituzionali, Le forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari che saranno trattati presso le Farmacie Pubbliche e Private Convenzionate per effettuare test diagnostici rapidi per SARS-CoV-2 in base all'Accordo approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 20 del 15 gennaio 2021.

Titolari del trattamento
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Via G. Guerra 21 - 06127 Perugia pec aslumbria1@postacert.umbria.it
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Viale Bramante 37 – 05100 Terni pec aslumbria2@postacert.umbria.it
Regione Umbria, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con domicilio per la carica in Corso Vannucci, 96 - 06121 Perugia pec regione.giunta@postacert.umbria.it

Finalità e base giuridica del trattamento dei dati
I Suoi dati saranno raccolti e trattati, per le finalità di cui: all'art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento UE 2016/679 (di seguito Regolamento) ovvero *"per finalità di medicina preventiva … diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali …"*; all'art. 9, par. 2) lett. i) del Regolamento ovvero *"per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali …"*.

Natura del conferimento dei dati

Non è necessario prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h) ed i) del Regolamento.

Modalità di trattamento dei dati

I Suoi dati saranno trattati in modo corretto, lecito e trasparente, nel pieno rispetto della normativa in materia, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto il personale sanitario. La Farmacia presso la quale verrà eseguito il test è stata designata Responsabile del trattamento dei dati.

Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

Comunicazione dei dati

I Suoi dati possono essere comunicati a soggetti pubblici o privati coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, i quali agiscono in qualità di Responsabili del trattamento; al Ministero della Salute per finalità di propria competenza; all'Azienda Sanitaria di residenza (se diversa da quella di accesso); a Scuole, Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria.

In particolare, ai sensi della Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 8 gennaio 2021 gli esiti dei test antigenici saranno inseriti dai Farmacisti nel sistema informativo regionale CUP.

Diritti dell'interessato

Per l'esercizio dei Suoi diritti, secondo quanto previsto dagli articoli da 15 a 22 del Regolamento e per tutte le ulteriori informazioni relative al trattamento dei Suoi dati, può scrivere alla casella mail o pec dei Titolari del trattamento ovvero alla casella mail dei Responsabili della Protezione dati dpo@regione.umbria.it -dpo@pec.uslumbria1.it - dpo@pec.uslumbria2.it

La informativa estesa della Regione dell'Umbria è disponibile sul sito web https://www.regione.umbria.it/privacy1.

La informativa estesa dell'AUSL n. 1 è disponibile sul sito web https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy

La informativa estesa dell'AUSL n. 2 è disponibile sul sito web https://www.uslumbria2.it/pagine/privacy

Carta Intestata Farmacia

Consenso informato

(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio *(se diverso da residenza)*	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di

Nome e cognome	
Nato a	Il
Codice fiscale	
Denominazione e sede della scuola frequentata:_____ _____ Classe_____ _____	

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa

e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione dell'antigene del coronavirus;
- a sottopormi (o, nel caso di minore, a sottoporre_____), in caso di positività del test antigenico, al tampone orofaringeo e/o nasofaringeo molecolare e a permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione del tampone e del successivo referto.

Data _____ Firma _____