All.1

Al Dirigente scolastico

dell’IIS” F. Ferrara”

di Mazara del Vallo

Oggetto: Autorizzazione prelievo sangue alunno maggiorenne . Consenso informato. Consenso al trattamento dati

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alunno/a frequentante la classe V Sez.\_\_\_\_\_\_Ind.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione Associata\_\_\_\_\_\_\_\_dell’IIS F. Ferrara” di Mazara del Vallo, chiede di essere sottoposto/a , in data………….., a prelievo di sangue per la campagna di prevenzione della talassemia.

Dichiara di essere informata che:

- il materiale biologico (sangue ), che gli/le sarà prelevato, verrà utilizzato per la identificazione dello stato di portatore sano della Talassemia;

- La partecipazione allo screening è del tutto volontaria;

- i rischi fisici e i disturbi correlati al prelievo di sangue sono identici a quelli riguardanti ogni genere di prelievo di campione ematico da vena, ovvero possibilità di piccoli lividi e irritazioni locali, con rari casi di infezione.

Autorizza

- il personale della Azienda Ospedaliera “Sant’Antonio Abate” di Trapani al trattamento dei propri dati personali e sanitari secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Dichiara, inoltre,

-Di esonerare la Scuola da ogni responsabilità circa qualsiasi incidente inerente o collegato alla propria partecipazione al suddetto screening.

Mazara del Vallo

 Firma

 F.to

All.2

Al Dirigente scolastico

dell’IIS” F. Ferrara”

di Mazara del Vallo

Oggetto: Autorizzazione prelievo sangue alunno minorenne. Consenso informato. Consenso al trattamento dati

I/Il/La sottoscritti/o/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/madre dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe V Sez.\_\_\_\_\_\_Ind.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione associata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’IIS F. Ferrara” di Mazara del Vallo, acconsente che il/la proprio/a figlio/a, in data, ……………………….venga sottoposto/a prelievo di sangue per la campagna di prevenzione della talassemia.

Dichiara/no di essere informata/i che:

- il materiale biologico (sangue ), che sarà prelevato al proprio/a figlio/a minorenne, verrà utilizzato per la identificazione dello stato di portatore sano della Talassemia;

- La partecipazione del proprio figlio/a allo screening è del tutto volontaria;

- i rischi fisici e i disturbi correlati al prelievo di sangue sono identici a quelli riguardanti ogni genere di prelievo di campione ematico da vena, ovvero possibilità di piccoli lividi e irritazioni locali, con rari casi di infezione.

Autorizza/no

- il personale della Azienda Ospedaliera “Sant’Antonio Abate “ di Trapani al trattamento dei dati personali e sanitari del proprio/a figlio/a, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Dichiara/no, inoltre,

-Di esonerare la Scuola da ogni responsabilità circa qualsiasi incidente inerente o collegato alla partecipazione del proprio/a figlio/a al suddetto screening.

“Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver concesso la suddetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Allega immagine scansionata del proprio documento di identità

Mazara del vallo

 Firma

 F.to