

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (genitori/tutori di soggetti minori)

CONSENSO PAZIENTI 3-18 anni

Titolo della sperimentazione e numero di protocollo:

“Sorveglianza Sierologica e molecolare dell’infezione da SARS-CoV-2 mediante sangue su carta assorbente (DBS) e tampone salivare molecolare negli alunni delle scuole di Bollate”

Io sottoscritto.....e io sottoscritto.....
genitori/ tutori di.....dichiaro di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione di nostro/a figlio/a allo studio sperimentale in oggetto, secondo quanto riportato nel foglio informativo pubblicato sui siti web della scuola e del Comune di Bollate.

Accettiamo, dunque, liberamente, di far partecipare alla sperimentazione nostro/a figlio/a avendo compreso i rischi ed i benefici che sono implicati in questa partecipazione.

Siamo stati inoltre informati del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico.

acconsento **non acconsento**

che le Prof.sse **Elisa Borghi e Valentina Massa** comunichino al Pediatra/Medico di famiglia di nostro/a figlio/a, Dottor....., quanto risulterà dall'esito dell'indagine di cui in oggetto e sul significato della ricerca cui prenderà parte.

Data e Firma del paziente (o del tutore legale)

.....

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto..... Nato a.....

Residente a..... in Via.....Tel.....

la sottoscritta..... Nata a.....

Residente a..... in Via.....Tel.....

Genitori / Tutore Legale del Minore

cognome e nome.....nato il.....

a.....

Dichiara di essere stato/a esaurientemente informato/a sull'attività di ricerca o di sperimentazione proposta e/o sulle esigenze che indicano l'opportunità della conservazione del materiale biologico per finalità di ricerca e/o di sperimentazione, secondo quanto espresso nel modulo di consenso informato allegato; di essere stato/a edotto/a sia sugli obiettivi sia sulle modalità di realizzazione degli studi riferibili ai materiali prelevati, in conformità ai contenuti del Regolamento allegato; di aver compreso che qualsiasi personale decisione al riguardo non influirà sulle attività scolastiche.

Firmando il presente documento alla voce "acconsento", accetto che mio/a figlio/a:

- acconsento al prelievo di campioni biologici (sangue capillare, saliva) che verrà utilizzato esclusivamente per l'attività di ricerca e/o di sperimentazione proposta secondo la normativa prevista dal Regolamento;
- acconsento al deposito di materiale biologico suddetto presso il Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale Dipartimento della Donna, della Mamma, del Neonato, ASST-Fatebenefratelli-Sacco; Ospedale dei Bambini "V. Buzzi", Milano e presso Laboratorio di Microbiologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano (saliva)

Data.....Firma

Nota Bene:

- Tutti i dati personali verranno inseriti in un archivio gestito dal Professor Gian Vincenzo Zuccotti ai sensi del D.Lgs. 196/03 sulla "Tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali e del GDPR 2016/679".
- Tutti i risultati ottenuti dalle analisi connesse alle attività di ricerca e/o di sperimentazione, così come ogni altro atto medico, sono da considerarsi strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale e della legislazione vigente in materia.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto..... Nato a.....

Residente a..... in Via.....Tel.....

la sottoscritta..... Nata a.....

Residente a..... in Via.....Tel.....

Genitori / Tutore Legale del Minore

cognome e nome.....nato il.....

a.....

letta l'informativa riportata sul sito web della scuola e sulla pagina web del Comune di Bollate e
avendone compreso l'intero contenuto, con la sottoscrizione della presente **acconsentono** al
trattamento dei dati personali e all'utilizzo dei campioni biologici di nostro/a figlio/a per il progetto di
ricerca menzionato nell'informativa

SI NO

- Acconsento alla comunicazione dei suddetti dati a società terze direttamente impegnate nel Progetto o che partecipano a Studi ad esso connessi.

SI NO

• Acconsento al trasferimento dei suddetti dati al di fuori dell'Unione Europea per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell' informativa.

SI NO

• che gli vengano comunicate eventuali notizie che lo riguardino, qualora queste ultime rappresentino per mio figlio/a, a parere del personale addetto allo studio, un beneficio concreto e diretto in termini di terapia, prevenzione o di consapevolezza delle scelte riproduttive;

SI NO

• autorizzo la conservazione dei dati genetici e dei campioni biologici per altri scopi di ricerca scientifica

SI NO

Data _____

NOME E COGNOME DEL GENITORE/ TUTORE LEGALE
(in stampatello)

FIRMA

.....
.....

**IMPORTANTE: CONSEGNARE CON IL KIT DEL TEST SALIVARE
QUESTA COPIA FIRMATA E COPIA DELLA TESSERA SANITARIA.**