

## 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.**