

## FASE II DI PROGRESSIVA RIPRESA DELLA VITA SOCIALE E ECONOMICA

### PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE O LIMITAZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL SARS-COV-2 E DELLA PATOLOGIA CORRELATA

# PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA

### Integrazione del 16 Ottobre 2020

#### **Razionale**

Alla luce dell'andamento epidemiologico e del volume delle segnalazioni nonché degli indirizzi dati dagli organismi preposti si inviano chiarimenti su percorsi di quarantena ed isolamento e revisione della modulistica per ottimizzare le segnalazioni nel rispetto della normativa.

## **INDICE**

1. PERCORSI DI QUARANTENA ED ISOLAMENTO	Pag. 2
2. SCREENING CON TEST ANTIGENICO	Pag. 5
3. REVISIONE DELLA MODULISTICA REPORT DELLE SEGNALAZIONI SCHEDA DI RICOSTRUZIONE DEI CONTATTI IN AMBITO SCOLASTICO SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO O STUDENTE MAGGIORENNE SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL CASO FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORI O UGUALI A 3 O 5 GIORNI FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA CONSENSO PER SCREENING CON TEST ANTIGENICO	Pag. 6

## PERCORSI DI QUARANTENA ED ISOLAMENTO

Allo scopo di definire un percorso uniforme che risponda all'esigenza di ottimizzare le risorse disponibili e ridurre l'impatto che l'emergenza COVID sta generando nel contesto scolastico e sanitario si definisce in maniera il più possibile univoca il processo di comunicazione tra ASL e SCUOLA al fine di rendere più rapide ed efficaci le comunicazioni.

### 1. Intercettazione del caso con sospetta sintomatologia a scuola o a casa

- Referente COVID scuola segnala il caso al genitore (se è a scuola) e attiva le procedure di allontanamento
- Il genitore segnala il caso al PLS/MMG e alla scuola (se è a casa) e la persona sintomatica rimane a casa
- **Ad intervalli regolari, in base all'organizzazione scolastica**, il referente COVID invia report riassuntivo delle segnalazioni come da **allegato 1**
- Il referente COVID scuola, così come la famiglia dello studente rimangono in attesa della valutazione congiunta del MMG/PLS e l'Unità Covid della ASL

2. Lo studente o l'operatore che presenta sintomatologia sospetta e rimane a casa o viene allontanato da scuola verrà valutato dal suo medico curante che stabilirà la necessità di **effettuare test diagnostico molecolare**.

3. **Se non sottoposto a test o con test negativo verrà riammesso a scuola secondo quanto previsto** (certificazione /autodichiarazione /altro)

4. Qualora sottoposto a test, in attesa dell'esito, lo studente **osserva la misura dell'isolamento precauzionale, non sono necessarie ulteriori misure fino a conferma della positività del test**

5. Qualora sia riscontrato un caso di positività al COVID-19 in ambito scolastico **si procede con la autocertificazione/segnalazione del caso mediante allegati 3 e 4** (a seconda se soggetto maggiorenne o minore), il caso deve essere segnalato spontaneamente dalla scuola se ne viene a conoscenza direttamente dalla persona positiva (che può accedere al suo referto in tempo reale su lazioescape)

6. **La scheda di segnalazione/autocertificazione va utilizzata anche per segnalare contatti stretti in ambito extrascolastico e provenienza da paesi a rischio come indicati da DPCM e contatti in ambito scolastico (in questo ultimo caso solo per operatori scolastici)**

7. A seguire si procede con **indagine epidemiologica effettuata grazie alla collaborazione del Referente COVID scuola**, che procede con la raccolta delle informazioni utili come da scheda in **allegato 2** compilata in tutte le sue parti (il rintraccio dei contatti si estende alle 48 ore prima rispetto alla data di esecuzione del tampone o alla comparsa della sintomatologia)

8. L'Unità distrettuale COVID trasmette alla scuola la disposizione di quarantena per i soggetti definiti come contatto stretto del caso confermato (di cui si è già disposto isolamento).

9. **I contatti stretti asintomatici**, che rimangono in osservazione per il periodo di quarantena, **non devono eseguire test diagnostico molecolare all'inizio del percorso**, si ricorda infatti che il test eseguito troppo precocemente può generare falsi negativi.

10. **Qualora si venga a conoscenza di contatto stretto di caso confermato, non avvenuto in ambito scolastico** si procede come al punto 1 e al punto 6

11. In ogni caso il medico curante valuterà la possibilità di effettuare il tampone in caso di comparsa dei sintomi durante il periodo di quarantena (o del peggioramento degli stessi su soggetto in malattia che non abbia seguito il percorso diagnostico per COVID)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

Il genitore dello studente o l'operatore scolastico posto in quarantena o in isolamento **potrà scaricare l'APP LAZIODRCOVID** che gli permetterà, durante questo periodo, di essere in contatto con il medico curante in teleassistenza, monitorando la comparsa di febbre o altri sintomi correlati al COVID-19

**Per accelerare i tempi e diversificare i percorsi è stato attivato un nuovo indirizzo mail, pertanto le comunicazioni vanno così diversificate:**

[covid.scuola@asl.vt.it](mailto:covid.scuola@asl.vt.it)

report segnalazioni per allontanamenti da scuola, assenze o altri indicatori di allerta (soglie assenze), richieste di informazioni o chiarimenti

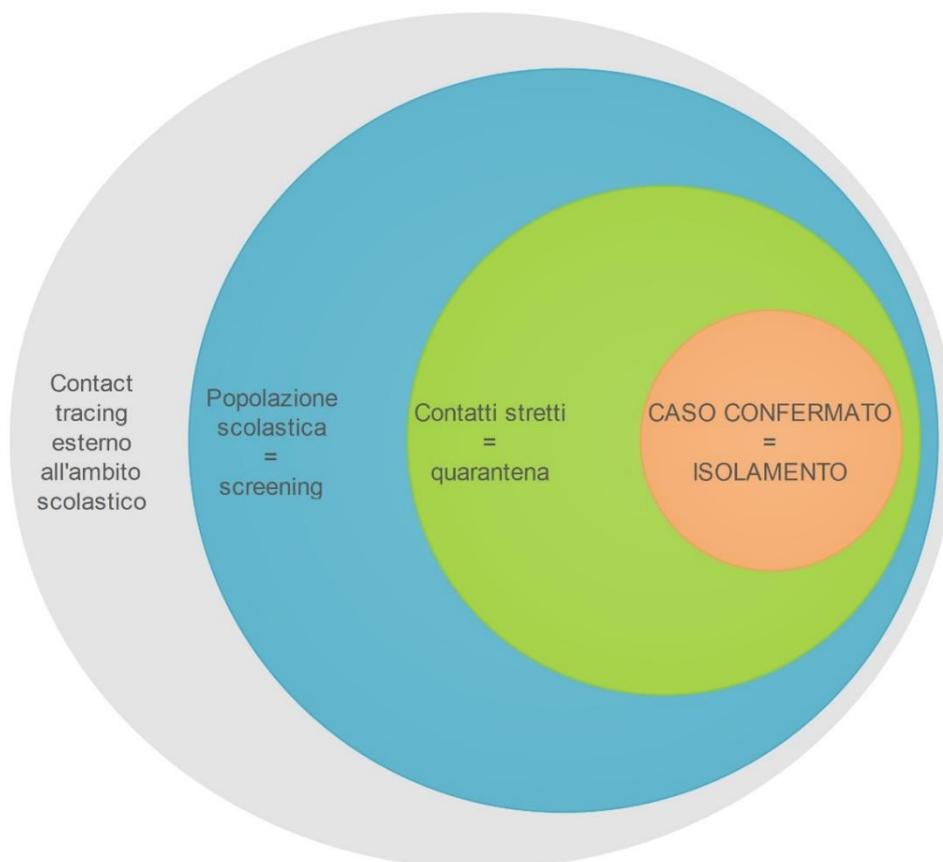
[covidscuola.positivi@asl.vt.it](mailto:covidscuola.positivi@asl.vt.it)

da utilizzare esclusivamente per segnalazioni e autocertificazioni di casi positivi o contatti stretti di caso confermato e per i dati di contact tracing

**Inoltre è stata apportata una modifica al sistema per facilitare le azioni di tracciamento aggiungendo alla voce studente ed operatore scolastico il plesso/istituto di riferimento**

**Pertanto chiediamo di comunicare a studenti, genitori, docenti e altri operatori scolastici di specificare sempre tali informazioni quando eseguono un test diagnostico al drive o in altra sede**

**DIAGRAMMA PER LA DEFINIZIONE DEL CLUSTER SCUOLA**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 16/10/20	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata <b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 4 di 17
--	---	---

## La misura di isolamento e quarantena

L'**isolamento** dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

La **quarantena**, invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

Qualora si riscontri un caso positivo in ambito scolastico, l'Unità distrettuale COVID scuola comunicherà l'inizio del periodo di quarantena per la/le classi interessate al Dirigente scolastico e/o al referente COVID del plesso/istituto interessato tramite certificazione previo contatto telefonico.

Il termine del periodo di quarantena verrà comunicato al medico che predisporrà la certificazione utile al rientro a scuola.

**La circolare Ministero Salute del 12/10/2020, sulla base delle acquisite conoscenze scientifiche ed epidemiologiche e valutazioni del CTS (Comitato Tecnico Scientifico), diversifica i percorsi delle persone soggette sia ad isolamento che a quarantena, prevalentemente in relazione alla presenza o meno di sintomatologia.**

### I casi confermati da test molecolare positivo

- ↪ **Se asintomatici** - Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (**10 giorni + test molecolare negativo**).
- ↪ **Se sintomatici** - Le persone sintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (**10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test molecolare negativo**).
- ↪ **Se positivi a lungo termine** - Le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, **in caso di assenza di sintomatologia** (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da **almeno una settimana**, potranno interrompere l'isolamento dopo **21 giorni** dalla comparsa dei sintomi. **Questo criterio potrà essere modulato dalle autorità sanitarie d'intesa con esperti clinici e microbiologi/virologi**, tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate (nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).

### I contatti stretti di un caso positivo posti in quarantena

- ↪ Terminano la quarantena **dopo 14 gg. senza esecuzione tampone** oppure **dopo 10 gg., previa esecuzione di un tampone molecolare o antigenico con esito negativo, eseguito in decima giornata. Il test verrà prescritto dal MMG/PLS su richiesta dell'interessato.**

Si raccomanda di **eseguire il test molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto (per motivi di lavoro) regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicità.**

I **"contatti dei contatti"**, non sono sottoposti ad alcuna restrizione né all'esecuzione di tamponi, a meno che il loro "contatto" non si positivizzi, fermo restando particolari situazioni attenzionate dal SISP.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione del 16/10/20	PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA	Pag. 5 di 17

### **Le attività di screening mediante test antigenico**

Le attività di screening mediante test antigenico rapido sulla popolazione scolastica definendo le priorità d'intervento sulla base di appropriate valutazioni epidemiologiche (numero di casi confermati presso il plesso scolastico, numero totale della popolazione scolastica, presenza di soggetti fragili).

Al momento si ha a disposizione il test rapido mediante prelievo con tampone naso faringeo indicato preferibilmente negli studenti di età uguale o superiore ai 14 anni di età (si valuteranno particolari situazioni in cui estendere il test anche a bambini di età inferiore). Anche i docenti e gli altri operatori potranno aderire allo screening.

Per ottimizzare i tempi e snellire la procedura la scuola procederà alla raccolta dei consensi in maniera proattiva (specificando alle famiglie che il consenso depositato presso l'istituto consentirà di procedere celermente con lo screening qualora si presenti la necessità) mentre i dati anagrafici degli aderenti verranno raccolti al momento del prelievo dagli operatori ASL che verranno supportati in questa fase dal Referente COVID scuola.

### **Istruzione operativa**

- ↪ La scuola procederà a raccogliere i consensi come da allegato (rivisto inserendo la specifica sul ritiro del referto) in maniera proattiva specificando alle famiglie che il consenso depositato consentirà di procedere celermente con lo screening qualora ci sia un caso positivo a scuola (ad esclusione dei soggetti in quarantena che seguono il percorso indicato precedentemente)
- ↪ La scuola metterà a disposizione degli operatori della ASL un locale idoneo fornito di allacci per il PC e lo strumento POCT, nonché una stampante per fotocopiare l'esito dei test e consegnerà agli operatori i consensi raccolti
- ↪ I dati anagrafici degli aderenti verranno raccolti al momento del prelievo dagli operatori della ASL, con il supporto del referente COVID scuola o con altro operatore scolastico che collaborerà nell'esecuzione delle fotocopie dei test
- ↪ La copia per lo studente andrà imbustata, chiusa e se possibile verrà consegnata allo studente (previa autorizzazione dei genitori) altrimenti verrà concordata altra modalità per il ritiro del referto, in considerazione delle norme restrittive che impongono di evitare accessi alle strutture sanitarie dove possibile nonché evitare assembramenti.
- ↪ Quando verrà eseguito il test (mediamente 20 test ora) lo studente/operatore scolastico rimarrà in attesa della risposta in un locale attiguo
- ↪ Se risulta positivo si procederà con l'invio al drive l'esecuzione del tampone molecolare, si metterà la persona in isolamento e si contatteranno i genitori che verranno a prendere lo studente che rimarrà in isolamento precauzionale fino ad esito del tampone

**Si ricorda di promuovere l'uso della App Immuni per supportare le attività di contact tracing**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

**A seguire i nuovi allegati, le schede di segnalazione, qui in formato jpeg sono inviate separatamente in formato word editabile**

**REPORT GIORNALIERO (segnalazioni dal domicilio e casi allontanati dalla scuola) (Allegato 1 - da inviare via mail a [covid.scuola@asl.vt.it](mailto:covid.scuola@asl.vt.it))**  
**NB: I CASI POSITIVI DI CUI SI È VENUTI A CONOSCENZA VANNO SEGNALATI IN VIA PRIORITARIA CON LA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL CASO SE MINORE O DI AUTOCERTIFICAZIONE SE MAGGIORENNE**

STUDENTI								
Segnalato a	Classe	Nome e cognome	Data di nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo Contatto	Contatto	Motivo
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto

DOCENTE								
Segnalato a	Classe	Nome e cognome	Data di nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo Contatto	Contatto	Motivo
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto
<input type="checkbox"/> Scuola								<input type="checkbox"/> Sintomi
<input type="checkbox"/> Domicilio								<input type="checkbox"/> Contatto

**Allert per elevata % di assenze su classe** \_\_\_\_\_ **plesso** \_\_\_\_\_

Referente COVID \_\_\_\_\_ Recapiti:  \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19



**SCHEDA DI RICOSTRUZIONE DEI CONTATTI IN AMBITO SCOLASTICO** (in caso di indagine epidemiologica per conferma caso positivo in ambito scolastico)  
 (Allegato – 2 da inviare via mail a [covidscuola\\_positivi@asl.vt.it](mailto:covidscuola_positivi@asl.vt.it))  
**NB: SI RICORDA CHE I DATI RICHIESTI SONO NECESSARI AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE PER INIZIO E FINE QUARANTENA**

**Elenco degli studenti presenti in classe nelle 48 ore precedenti\***

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG/PLS	Indirizzo (Domicilio)	Telefono (genitori)	Data / /	Data / /	Note*
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

\*Specificare particolari contatti a rischio (condivisione del viaggio, contatti senza osservanza delle misure precauzionali) e indicare studenti con condizioni di fragilità da ~~attenzione~~

**Elenco degli insegnanti presenti in classe nelle 48 ore precedenti\***

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG	Indirizzo (Domicilio)	Telefono	Data / /	Tempo di permanenza	Data / /	Tempo di permanenza
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

\*nel caso del personale scolastico va sempre compilata ed inviata autocertificazione come da allegato (anche in una fase successiva)

\* SI INTENDE 48 ORE PRIMA RISPETTO LA DATA DI ESECUZIONE DEL TAMPONE O DELLA COMPARSA DELLA SINTOMATOLOGIA



Altre situazioni da segnalare

- Attività di laboratorio, specificare \_\_\_\_\_
- Attività sportive/di canto, specificare \_\_\_\_\_
- Presenza in mensa, specificare \_\_\_\_\_

**Elenco di altri operatori che hanno avuto contatti a rischio o prolungati nelle 48 ore precedenti al di fuori della classe**

Nome e cognome	Data nascita	CF	MMG	Indirizzo (Domicilio)	Telefono	Data / /	Tipo di contatto	Durata del contatto	Note

\*nel caso del personale scolastico va sempre compilata ed inviata autocertificazione come da allegato (anche in una fase successiva)

Specificare particolari situazioni da ~~attenzione~~

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referente COVID \_\_\_\_\_ Recapiti:  \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Link di contatto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19





**FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE\*\*\***

\*\*\* fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore del minore:**

\_\_\_\_\_, *studente di questo istituto*

**DICHIARO**

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;***

***Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.***

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante** \_\_\_\_\_ (firma leggibile)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

**FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE\*\*\***

\*\*\* fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ } \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore:

\_\_\_\_\_, *studente di questo istituto*

**DICHIARO CHE**

- Il minore sarà assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, per motivi diversi da malattia
- Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti, soggiognerà o transiterà in zone considerate a rischio come da ultimo DPCM

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;***

***Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.***

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 16/10/20	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata <b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 12 di 17
--	---	--

## INFORMAZIONI SULLE OPERAZIONI EFFETTUATE AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DEL VIRUS SARS-COV-2 ATTRAVERSO IL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE SARS-Co-V2

### PREMESSA

Gentili Famiglie, cari ragazzi la sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è il nome dato al nuovo ceppo coronavirus del 2019 non identificato precedentemente nell'uomo. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. La pandemia di COVID-19 del 2019-2020 è la pandemia attualmente in corso della cosiddetta "malattia da nuovo coronavirus".

Le evidenze scientifiche, al momento disponibili, indicano che SARS-Cov-2, il virus causa della sindrome COVID-19, si trasmette per contatto diretto nella popolazione attraverso *droplets* (goccioline) prodotte con la tosse e altre emissioni da soggetti contagiati dal virus, siano essi: malati e quindi sintomatici, soggetti pauci-sintomatici ovvero con scarsi segni e sintomi di infezione, soggetti convalescenti in via di risoluzione o soggetti totalmente asintomatici.

Fermo restando che la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 viene effettuata ricercando il virus nelle secrezioni respiratorie con test per la ricerca molecolare (RT-PCR) e che questo test può essere eseguito solo nei Laboratori inseriti nella rete CORONet Regionale, ad oggi esiste la possibilità di indagine con ulteriori strumenti diagnostici e di screening

I destinatari del predetto test per l'identificazione dell'antigene virus SARS-CoV2 (di seguito interessati) saranno gli allievi delle scuole di ogni ordine e grado della provincia di Viterbo.

L'indagine sarà condotta dall'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo (di seguito ASL VT).

Il kit utilizzato per la ricerca dell'antigene del virus SARS-CoV-2 in dotazione alla ASL VT è stato validato dal centro capofila della rete CORONet regionale INMI Lazzaro Spallanzani.

**L'adesione all'indagine da parte degli interessati è individuale, volontaria e gratuita.**

**Si riportano di seguito informazioni sintetiche ed aggiornate sulla valenza ed i limiti del test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV2 per coloro che aderiscono a questa indagine.**

#### 1. Cosa è il test per l'identificazione dell'antigene virus SARS-CoV2

I test antigenici sono test di screening immunologici che rilevano la presenza di uno o più antigeni specifici virali, indicativi di una infezione virale in corso. La *performance* clinica di tali test dipende in gran parte dalle circostanze in cui vengono utilizzati e danno risultati migliori se la persona è sottoposta ad indagine nelle prime fasi dell'infezione da SARS-CoV-2 quando la carica virale è generalmente più alta. Rispetto ai test molecolari hanno sensibilità minore e buona specificità. I test antigenici sono adatti a condurre attività di screening su persone asintomatiche facenti parte di gruppi di popolazione con bassa probabilità pre-test di infezione in corso come i contesti scolastici al fine di individuare ed isolare tempestivamente casi positivi<sup>1 2</sup>.

- 2. Cosa prevede la Sua sottoposizione test per l'identificazione dell'antigene virus SARS-CoV2:** si tratta di un tampone oro-rinofaringeo, effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa della faringe posteriore, infilando il tampone in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille per il tampone faringeo; del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rino-faringe (parte superiore della faringe).
- 3. Cosa significa un test positivo:** un risultato positivo al test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2 indica un'elevata probabilità che il soggetto abbia in corso un'infezione. Il test molecolare a cura del laboratorio della rete CORONet di riferimento dovrà comunque essere riservato a conferma della positività.
- 4. Cosa significa un test negativo:** un risultato negativo al test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2 non esclude che il soggetto abbia un'infezione in corso con una carica virale non elevata.

<sup>1</sup> Regione Lazio nota n. 0803366 del 18/9/2020.

<sup>2</sup> Regione Lazio notan. 0810509 del 21.09.2020. "Indicazioni operative ad interim per la gestione di casi e focolai di SARS- CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi del Lazio, e presa in carico dei pazienti pediatrici"

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 16/10/20	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata <b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 13 di 17
--	--	--

### Flusso del test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV2

**Prenotazione:** se Lei accetta di partecipare al test, l'attività si svolgerà secondo le modalità organizzative determinate dall'ASL di Viterbo ed individuate dalla nota n. 803366 del 18.09.2020 della Regione Lazio.

**Esame:** successivamente sarà sottoposto al prelievo di un campione biologico per eseguire il test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2. Il personale sanitario preposto in quell'occasione provvederà anche a raccogliere e registrare i Suoi principali dati identificativi che saranno utilizzati e trattati esclusivamente per finalità di diagnosi del Virus SARS-CoV-2 nonché per finalità di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (ai sensi dell'art. 9, par. 2 lett. h) e lett. i) del Regolamento UE 2016/679).

**Esito:** l'esito del test sarà immediato.

**Esito positivo del test antigenico:** se l'esito del test antigenico sarà positivo eseguirà, previa prescrizione del Medico presente presso la sede scolastica o del Medico del SISP nonché del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, il test molecolare su prelievo di secrezioni respiratorie dal naso e dalla gola (tampone naso oro-faringeo) per la ricerca del virus, presso uno dei Drive-in attivi sul territorio provinciale e di pertinenza dell'ASL di Viterbo. È possibile l'esecuzione del test molecolare presso la sede scolastica.

**Esito positivo del test molecolare:** in caso di positività del test diagnostico molecolare, sarà posto in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni del suo medico curante per i provvedimenti più opportuni nel Suo caso.

Nel dettaglio, l'indagine consta di due fasi:

- **fase 1** caratterizzata dalla prenotazione e dallo svolgimento del test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2 (art. 9, par. 2 lett. h) del Regolamento UE 2016/679 ed art. 9, par. 2 lett. i) del Regolamento UE 2016/679);
- **fase 2** è eventuale ed è dipendente dalla positività del test antigene in particolare questa seconda fase servirà come ricerca della positività al virus SARS-CoV-2 attraverso l'effettuazione, da parte delle strutture sanitarie appositamente autorizzate, del test diagnostico molecolare su tampone naso oro-faringeo (ai sensi dell'art. 9, par. 2 lett. h) del Regolamento UE 2016/679). In caso di positività al tampone, dette strutture provvederanno alla notifica obbligatoria al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'ASL, ai sensi del DM 15 dicembre 1990 e degli articoli 253 e ss. del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934 e dei Decreti legge e Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri e delle Ordinanze Regionali in materia di prevenzione della diffusione del virus SARS CoV-2 (la comunicazione al SISP dei dati inerenti la positività al test molecolare è effettuata ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. i) del Regolamento UE 2016/679 – finalità di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica).

In caso di adesione è tenuto a fornire i dati allo svolgimento delle attività della fase 1 e dell'eventuale fase 2.

**DA CONSEGNARE ALLE FAMIGLIE ED AGLI STUDENTI CHE SI SOTTOPORRANNO AL TEST** *Informazione sul test Antigene 13/3*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/10/20	PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA	Pag. 14 di 17

**ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2 ed ESPRESSIONE ED**

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 iscritto presso l'Istituto \_\_\_\_\_

**alla luce di quanto sopra esposto, consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è**  
  
**individuale, volontaria e gratuita,**  
  
**liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza,**  
  
**manifesto la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei miei confronti.**

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Viterbo, \_\_\_\_\_

(Firma leggibile dello studente maggiorenne/operatore scolastico)

\_\_\_\_\_

**Azienda Sanitaria Locale di Viterbo\***

**Unità distrettuale COVID Scuola**

(Firma leggibile del sanitario che ha fornito l'informazione) \_\_\_\_\_

\* timbro e firma del sanitario che fornisce l'informazione

*DA CONSERVARE IN ASL*  
*per SOGGETTO MAGGIORENNE Adesione al test ed acquisizione del CONSENSO INFORMATO al test Antigene 3/3*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

**ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2 ed ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 nonchè

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

- nella nostra qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore\*
- tutori/e del minore\*
- amministratore di sostegno del minore\*

\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 doc. identità n. \_\_\_\_\_ scad. il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 iscritto presso l'Istituto \_\_\_\_\_

**alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, manifestiamo la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei confronti del minore.**

Dichiaro/i, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Accettiamo inoltre affinché il referto, disponibile in tempo reale, venga consegnato al minore  
 Viterbo, \_\_\_\_\_

(Firma leggibile del genitore /tutore/ amministratore di sostegno) \*\* \_\_\_\_\_

(Firma leggibile del genitore ) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, identificato come sopra, dichiaro di aver compreso quanto mi è stato esposto, di aver ricevuto copia delle informazioni sul test per l'identificazione dell'antigene del virus Sars-Co-V2 e sono pienamente consapevole del significato dell'atto sanitario propostomi.  
 Viterbo, \_\_\_\_\_ (Firma leggibile del minore) \_\_\_\_\_

**Azienda Sanitaria Locale di Viterbo\*\*\***  
**Unità distrettuale COVID Scuola**

(Firma leggibile del sanitario che ha fornito l'informazione) \_\_\_\_\_

Il minore \_\_\_\_\_ esprime dissenso all'atto sanitario proposto per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*barrare la casella che interessa

\*\* cancellare le voci che non interessano

\*\*\* timbro e firma del sanitario che fornisce l'informazione

**DA CONSERVARE IN ASL**

**per SOGGETTO MINORENNE Adesione al test ed acquisizione del CONSENSO INFORMATO al test Antigene 3/3**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 16/10/20	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata <b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 16 di 17
--	---	--

**INFORMATIVA GENERALE  
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI  
PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA  
Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del  
Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)**

Egredia Signora, Egregio Signore, il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 riconosce e disciplina il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale.

Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali, particolari nonché idonei a rivelare lo stato di salute, effettuati da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo il cennato Regolamento.

**I. TITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

**Titolare del trattamento** è l'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo con sede in Viterbo alla Via Enrico Fermi, 15 in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti riferimenti: E-mail: direzione.generale@asl.vt.it PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it Tel.: 07613391

**Responsabile della Protezione dei Dati personali** (c.d. Data Protection Officer D.P.O.) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 domiciliato per la funzione presso i medesimi Uffici e contattabile ai seguenti riferimenti: E-mail: dpo@asl.vt.it PEC: dpo@ergopec.it Tel.: 07613391

**II. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo è azienda del Servizio Sanitario Regionale del Lazio deputata ad erogare prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione ed è autorizzata a trattare i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali demandate all'Azienda Sanitaria Locale stessa.

Il trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'azienda è finalizzato a:

- tutelare la Sua salute e la Sua incolumità fisica;
- tutelare la salute e l'incolumità fisica di altre persone o della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica;
- svolgere attività di formazione e didattica;
- svolgere attività di ricerca scientifico-statistica e/o di prevenzione;
- prescrivere farmaci ed esami sanitari;
- accertare e certificare il Suo stato di salute e provvedere a tutti gli altri adempimenti, anche amministrativi e contabili correlati all'espletamento delle attività istituzionali connesse alla finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica.

**Base giuridica:**

articolo 9 paragrafo II lettera h) e paragrafo III del Regolamento (UE) 2016/679

articolo 9 paragrafo II lettera i) Regolamento (UE) 2016/679

articolo 9 paragrafo II lettera g) Regolamento (UE) 2016/679

nonché articoli 75 e successivi ed articolo 2 septies del D. Lgs. 196/03 così come modificato dal D. Lgs. 101/18; art. 17 bis del Decreto-legge 18/20 convertito con la legge n. 27/20 del 24 aprile 2020 e ss. mm. ii.

**III. MODALITÀ DI TRATTAMENTO**

I dati personali, quelli particolari nonché quelli idonei a rilevare lo stato di salute che La riguardano saranno trattati in conformità con quanto previsto e disciplinato dal Regolamento mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità già esplicitate, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa o previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell'esecuzione dell'attività svolta e/o richiesta.

Quando Lei accede ad una delle strutture dell'Azienda per una prestazione sanitaria, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, oppure in caso di attivazione delle procedure finalizzate al contrasto del Covid-19 Le vengono chiesti da parte degli operatori i dati personali (nome, cognome, codice fiscale, tipo di esenzione, etc.) necessari ed obbligatori per provvedere ad erogarle e/o prenotarle la prestazione richiesta (ad esempio assegnazione del medico di base, prenotazione della visita, etc).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 16/10/20	Piano per la prevenzione e/o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata <b>PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 17 di 17
--	---	--

In caso di prenotazione di visita attraverso il sistema CUP o in altra occasione di contatto con l'Azienda, oltre ai sopra citati dati personali, Le potrà essere richiesto anche un numero di telefono personale, fisso o cellulare, ed un indirizzo e-mail che potranno essere utilizzati, fino a Sua diversa indicazione, per confermarLe o ricordarLe il giorno della prenotazione o per avvisarLa in caso di annullamento della visita o per finalità di prevenzione e di tutela di sanità collettiva e igiene pubblica. In caso di ricovero ospedaliero, i Suoi dati anagrafici ed i dati relativi al reparto in cui Lei è ricoverato/a saranno trattati per agevolare l'accesso ai reparti di degenza da parte dei visitatori; nel caso in cui Lei non intenda renderli disponibili, può manifestare l'eventuale specifico dissenso all'atto del ricovero.

I dati da Lei rilasciati all'Azienda verranno trattati esclusivamente dal personale debitamente autorizzato e istruito dal Titolare, e saranno conservati in luogo idoneo ed appropriato, tutelandone la riservatezza, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Potranno inoltre essere trattati da imprese esterne, previamente nominate quali "responsabili esterni" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell'azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra.

Si informa che non esiste presso l'Azienda alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

#### **IV. CONFERIMENTO DATI**

Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell'ASL Viterbo è facoltativo, ma necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra indicate. Fatto salvo il superiore diritto alla salute dell'individuo, l'eventuale rifiuto di conferire in tutto o in parte i dati richiesti o la successiva richiesta di cancellarli potrebbe comportare per l'ASL l'impossibilità di eseguire o continuare, in tutto o in parte, l'attività richiesta o comunque inerente e/o conseguente allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

#### **V. COMUNICAZIONE DEI DATI**

I suoi dati, inclusi quelli relativi alla Sua storia clinica, potranno essere comunicati, quando ciò risulti necessario in relazione all'erogazione della prestazione o allo svolgimento dei compiti istituzionali attribuiti all'Azienda, a medici convenzionati, strutture convenzionate, altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, farmacie convenzionate, altri soggetti pubblici e privati, nei soli casi previsti da una norma di legge o di regolamento, nel rispetto della normativa vigente oppure su Sua specifica richiesta o indicazione.

I Suoi dati in ogni caso non potranno essere oggetto di diffusione né verranno trasferiti in Paesi Terzi o organizzazioni internazionali.

#### **VI. TEMPO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati personali, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute da Lei forniti e/o prodotti dall'Azienda verranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica, verranno conservati a tempo indeterminato.

Le restanti tipologie di trattamento dati che l'azienda può effettuare per l'assistito e il periodo di conservazione di ciascuna tipologia di dati sono indicati dalla normativa vigente alla tipologia stessa.

I tempi di conservazione dei documenti sono indicati nella delibera DG numero 387 del 8 marzo 2019 (Massimario di conservazione e scarto dei documenti)

#### **VII. I SUOI DIRITTI**

In ogni momento potranno essere esercitati i diritti, secondo le modalità e le condizioni ivi indicate, previsti dagli articoli 15 (*Diritto di accesso dell'interessato*), 16 (*Diritto di rettifica*), 17 (*Diritto alla cancellazione ovvero diritto all'oblio*), 18 (*Diritto di limitazione di trattamento*), 20 (*Diritto alla portabilità dei dati*).

Per far valere i propri diritti, gli interessati potranno inviare una richiesta all'ASL di Viterbo, Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale oppure contattando il Responsabile della protezione dei dati personali, presso l'ASL Viterbo, Via Enrico Fermi 15, ai contatti sopra indicati.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dalla ASL di Viterbo avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento). La versione sempre aggiornata di questa informativa è sempre rinvenibile sul sito web istituzionale [www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	Cabina di regia emergenza COVID 19