



Grundschule Luitpold  
Luitpoldstraße 9  
66424 Homburg  
Telefon (0 68 41) 7 84 65  
Telefax (0 68 41) 75 73 19  
E-Mail luitpold@gs-homburg.de  
Homepage www.luitpold.gs-homburg.de

## Dichiarazione di consenso all'esecuzione dei test antigenici e al relativo trattamento dei dati personali **Grundschule Luitpold**

Dichiaro di aver ricevuto e letto le informazioni sui test antigenici rapidi PoC per la rilevazione del SARS-CoV-2 (coronavirus) che verranno eseguiti a scuola, nonché l'informativa sul trattamento dei dati personali. Dichiaro inoltre di aver compreso il contenuto di entrambe le comunicazioni.

Con la presente, accetto che mi\* figli\* venga sottopost\* ai test antigenici rapidi per la rilevazione del SARS-COV-2 (coronavirus) a scuola. Sono consapevole del fatto che questa offerta sussiste solo nei giorni di presenza di mi\* figli\* e nei periodi concordati per i test con il personale medico a scuola. I test sono di tipo antigenico rapido e vengono solitamente eseguiti dal personale medico e/o i/le loro assistenti utilizzando un tampone rinofaringeo. Dichiaro di essere stat\* informat\* che la partecipazione ai test è volontaria e può quindi essere annullata in qualsiasi momento. Sono consapevole del fatto che saranno trattati i seguenti dati personali riguardo a mi\* figli\* e me, così come il nome della scuola e la data del test (si veda l'informativa sul trattamento dei dati personali). Sono consapevole, inoltre, del fatto che questo consenso può essere revocato in qualsiasi momento senza che ciò comporti alcun svantaggio e senza dover fornire alcuna motivazione. Tuttavia, non sarà possibile eseguire i test senza il consenso al trattamento dei dati.

Sono anche consapevole del fatto che se il risultato del test sarà positivo, la scuola informerà me e il dipartimento sanitario (Gesundheitsamt) come descritto. Mi\* figli\* dovrà essere quindi prelevat\* da scuola. Mi\* figli\* dovrà ritirarsi in isolamento domestico fino a quando non saranno disponibili altre informazioni da parte del dipartimento sanitario.

Io sottoscritto (Ich stimme zu),

nome e cognome: \_\_\_\_\_

con la presente, do il mio consenso al fatto che mi\* figli\* \_\_\_\_\_ (nome e cognome de\* figli\*)

Classe: \_\_\_\_\_ partecipi ai test antigenici per la rilevazione del coronavirus eseguiti a scuola.

Per essere informat\* in caso di esito positivo del test, posso essere contattat\* al seguente numero di telefono:

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data	firma de* genitore o tutore legale*	Firma dell'alliev* (a partire dalle classi none)
------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------

\*Con la presente dichiaro di essere stat\* autorizzat\* dall'altr\* genitore o tutore legale a firmare la dichiarazione di consenso anche a suo nome. (Ich bestätige hiermit, dass ich von dem anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt bin, die Einwilligungserklärung auch in seinem/i ihrem Namen zu unterschreiben.)



Grundschule Luitpold  
Luitpoldstraße 9  
66424 Homburg  
Telefon (0 68 41) 7 84 65  
Telefax (0 68 41) 75 73 19  
E-Mail luitpold@gs-homburg.de  
Homepage www.luitpold.gs-homburg.de

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Coronatests und der damit verbundenen Verarbeitung personenbezogener Daten an **Grundschule Luitpold**

Die schriftliche Information zu den PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Corona) an der Schule und die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Den Inhalt der beiden Schreiben habe ich verstanden.

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an den Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) in der Schule teilnimmt. Mir ist bekannt, dass dieses Angebot nur an den Präsenztage meines Kindes und innerhalb der für die Testungen mit den Ärzten vereinbarten Zeiträume in der Schule besteht. Die Tests sind Antigen-Schnelltests und werden von Ärztinnen und Ärzten und/oder deren Personal in der Regel über einen Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Tests freiwillig ist und daher auch jederzeit abgebrochen werden kann. Mir ist bekannt, dass bei dieser Testung die untenstehenden personenbezogenen Daten über mein Kind und mich, darüber hinaus der Name der Schule und das Datum der Testung verarbeitet werden (siehe Information zum Datenschutz). Ich weiß, dass diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile jederzeit widerrufen werden kann. Eine Testung ohne das Einverständnis zur Datenverarbeitung ist jedoch nicht möglich.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei positivem Testergebnis die Schule mich und das Gesundheitsamt wie beschrieben informiert. Mein Kind muss dann von der Schule abgeholt werden. Mein Kind sollte sich, bis andere Informationen vom Gesundheitsamt vorliegen, in häusliche Isolation begeben.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

Ihr Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

dass mein Kind \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname des Kindes)

Klasse: \_\_\_\_\_ an den Schultestungen auf das Coronavirus teilnimmt.

Um mich im Falle eines positiven Testergebnisses zu informieren bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*	Unterschrift der Schülerin/des Schülers (ab Klassenstufe 9)
-------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

\*Con la presente dichiaro di essere stat\* autorizzat\* dall'altr\* genitore o tutore legale a firmare la dichiarazione di consenso anche a suo nome. (Ich bestätige hiermit, dass ich von dem anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt bin, die Einwilligungserklärung auch in seinem/i ihrem Namen zu unterschreiben.)