**DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT PER A LA REALITZACIÓ DE TEST D’ANTÍGENS**

**Dades de l’Alumne/a**

Nom i cognoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de naixement \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Codi de la TSI (targeta sanitària individual)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La realització d’aquest test es totalment voluntari, per lo que la firma d’aquest document suposa l’acceptació de la mateixa.

Procediment aplicat per personal sanitari consisteix en la realització d’un test nasofaringe ràpid del SARS-CoV-2 (l’obtenció d’una mostra del nas amb un escovilló). Kit homologat i amb marcatge CE.

Aquest tipus de test detecta si es tenen anticossos contra el Covid-19. En el cas de resultats positius s’haurà de contactar amb el vostre EAP de referència.

Si el resultat és indeterminat es tornarà a repetir el test. Un resultat negatiu, implica que no hi ha resposta immunitària en front el coronavirus, encara que no es podria descartar una infecció recent.

Els resultats seran comunicats mitjançant un SMS utilitzant les dades de contacte facilitades al pare/mare tutor i a l’alumne de forma presencial. Es preveu que aquesta comunicació es faci com a màxim 2h després de la realització del test.

Us agraïm per endavant la vostra col·laboració

**Dades del pare/mare/tutor o tutora legal o alumne major de 16 anys**

Nom i cognoms \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telèfon/s de contacte on enviar l’SMS en cas de resultat negatiu o on contactar telefònicament en cas positiu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Autoritzo l’enviament del resultat positiu via SMS

□ Autoritzo la realització de la prova d’antigen

□ No autoritzo la realització de la prova d’antigen

□ Ha passat la malaltia en els darrers 6 mesos (PCR positiva / serologia IgG confirmada) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Observacions\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lloc i data Signatura del pare, mare o tutor/a Signatura de l’alumne major de 16 anys

La UNIVERSITAT DE GIRONA declina tota responsabilitat relacionada amb la veracitat i exactitud de la informació facilitada per l'interessat per a la realització del test;

Exonero la Universitat de tota responsabilitat legal derivada del resultat de l'anàlisi de la mostra, atès que, per múltiples factors de mètode, aliens a la Universitat, no es pot assegurar el resultat íntegrament.

Em declaro informat/da de que les dades facilitades en aquest formulari i les resultants del test seran tractades per la Universitat de Girona, com a responsable del tractament, donant compliment a la normativa de protecció de dades (Reglament Europeu (UE) 2016/679 i Llei Orgànica 3/2018). Les dades es tractaran amb la finalitat de realitzar el test per a la detecció de SARS-CoV-2 i seguir els procediments de prevenció i promoció de salut del personal. Es tractaran en base al compliment d’obligacions derivades d’una relació contractual i d’obligacions legals (Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals i Reial Decret 39/1997, de 17 de gener, pel qual s’aprova el Reglament dels serveis de prevenció). Es podran comunicar a empreses que ofereixen serveis de prevenció de riscos laborals. Entenc que podré exercir els drets d’accés, rectificació, supressió i oposició, portabilitat i limitació del tractament, adreçant-me a l’Oficina de Salut Laboral de la Universitat, i que puc consultar informació addicional sobre protecció de dades a [www.udg.edu/ca/protecciodedades](http://www.udg.edu/ca/protecciodedades)