**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19**

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

* alumnado mayor de edad,
* padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
* trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

**Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR**

* Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
* Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
* El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

**Alumnado mayor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alumnado menor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trabajador/a del centro**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con destino en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como (indicar: docente, PAS, servicios)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consiente en:**

* Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
* Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Qurionprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
* Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
* Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencipn con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica [www.tramitacastillayleon.jcyl.es](http://www.tramitacastillayleon.jcyl.es) y en el Portal de Educación [www.educa.jcyl.es](http://www.educa.jcyl.es)

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

**Ejemplar para el Servicio de Prevención. Cualtis/Quirón-Prevención**

**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19**

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

* alumnado mayor de edad,
* padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
* trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

**Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR**

* Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
* Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
* El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

**Alumnado mayor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alumnado menor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trabajador/a del centro**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con destino en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como (indicar: docente, PAS, servicios)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consiente en:**

* Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
* Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevención al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
* Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
* Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevención con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica [www.tramitacastillayleon.jcyl.es](http://www.tramitacastillayleon.jcyl.es) y en el Portal de Educación [www.educa.jcyl.es](http://www.educa.jcyl.es)

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quironprevención tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

**Ejemplar para el centro educativo. Remitir por correo electrónico al Equipo COVID 19 de la DPE**

**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19**

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

* alumnado mayor de edad,
* padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
* trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

**Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR**

* Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
* Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
* El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

**Alumnado mayor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alumnado menor de edad**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado en (indicar enseñanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trabajador/a del centro**

D/Dña. (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con destino en el centro educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como (indicar: docente, PAS, servicios)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de la tarjeta sanitaria SACYL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consiente en:**

* Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
* Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
* Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
* Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevención con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica [www.tramitacastillayleon.jcyl.es](http://www.tramitacastillayleon.jcyl.es) y en el Portal de Educación [www.educa.jcyl.es](http://www.educa.jcyl.es)

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quironprevención tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

**Ejemplar para el interesado/a**