***MODULO DICHIARAZIONE CONSENSO PER L’ADESIONE VOLONTARIA A SCREENING CON TEST RAPIDI ANTIGENICI DA PARTE DEL PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE E DEI SERVIZI SCOLASTICI,OPERANTE NELLE SCUOLE COMUNALI DEL COMUNE DI TITO***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

***Il/La sottoscritto/a***

*cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*luogo nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*impiegato presso: Settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*sede di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edificio); piano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; stanza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*qualifica professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*residenza/domicilio: via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ASL di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*nome del Medico curante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ha scaricato l’app immuni: SI* *[ ]  NO [ ]*

***ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato decreto in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, in ottemperanza alle indicazioni impartite dalle competenti autorità, sotto la propria responsabilità***

***DICHIARA***

*di appartenere al corpo docente ( ) o non docente ( ) o dei servizi scolastici ( ) operante nelle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie del comune di Tito.*

*Dichiara inoltre:*

*□ A - di essere caso Covid-19 confermato*

*□ B - di essere sospetto/probabile caso Covid-19 divenuto sintomatico nella giornata del ………..……………………*

*con la comparsa dei seguenti sintomi: febbre (superiore a 37.5 °C), leggera tosse, congestione nasale*

*□ C - di essere contatto stretto di un caso confermato di Covid-19*

*□ D - di essere contatto di un contatto stretto di un caso Covid-19*

*□ E- che non è stato contattato dalla ASL di residenza e non è stato ancora emesso un provvedimento di quarantena*

*□ F - che è stato contattato dalla ASL di residenza ed è stato emesso un provvedimento di quarantena, gli estremi del provvedimento sono …………………………… dal …………. al ………..*

*□ G - riferimento del sanitario della Asl che sta seguendo il caso dello scrivente: ……………………………*

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell’esito e delle azioni conseguenti. Di seguito le specifiche circa l’esito del test e circa gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

* l’adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
* il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
* la positività al test comporta l’invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell’RNA virale mediante effettuazione di tampone molecolare nasofaringeo;
* la positività al test comporta l’attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell’esito, delle procedure dispositive l’isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
* in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo, procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

di essere informato/a, tramite apposita informativa resa disponibile dal Comune di Tito in qualità di titolare del trattamento dei dati, a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa. Potranno essere trattati dati personali e sensibili come dati sulla sua persona. Questa amministrazione ha provveduto a designare il responsabile per la protezione dati personali che può essere contattato alla mail: curciolucio@tiscali.it

Acconsento al trattamento dei dati personali per sottopormi al test antigenico rapido e per tutte le finalità di trattamento come espresse in questo modello.

[ ]  SI

[ ]  NO (in questo caso non potrà essere sottoposto al test antigenico rapido)

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Firma*