



COMUNE DI SANT'ARCANGELO
(Provincia di Potenza)
Corso Vittorio Emanuele – C.A.P. 85037
Centralino 0973 – 61.83.11
UFFICIO DEL SINDACO

AVVISO


SCREENING TAMPONI ANTI COVID-19

L'amministrazione comunale di Sant'Arcangelo al fine di contenere la diffusione del virus SARS-COV-2, ha organizzato due giornate di screening gratuito effettuando **tamponi antigenici** a tutta popolazione residente e a coloro che provengono da altre regioni per trascorrere le festività natalizie con i propri cari.

Chiunque, volontariamente, vorrà sottoporsi al tampone può recarsi, munito di modello allegato, debitamente compilato, presso il Polifunzionale di San Brancato – V.le Europa - nelle date di seguito indicate:

- Giovedì 23 dicembre dalle ore 15,00 alle ore 18,00;
- Mercoledì 29 dicembre dalle 9,00 alle 12,00 .

Sant'Arcangelo 15.12.2021


Il Sindaco
Ing. Salvatore La Grotta



COMUNE DI SANT'ARCANGELO

Modello di consenso informato per l'adesione volontaria al tampone rapido Screening popolazione Comune di Sant'Arcangelo

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ residente _____
Via _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 Ag RAPIDO

Di seguito le specifiche circa l'esito volontario del test e 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;
- 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;

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. che il proprio medico curante è il dott. _____ di _____

- che provvederà in caso di esito positivo e/o dubbio a comunicarlo immediatamente agli organini competenti
- che autorizza il Comune di Sant'Arcangelo a contattare il medico di base per eventuali comunicazioni relative all'esito del test
- di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation"
- di esprimere la mia adesione volontaria e informata, alla luce di quanto sopra esposto, a sottopormi alla ricerca dell'antigene sars-cov2 mediante test covid-19 ag rapido alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____

Firma del soggetto che effettua il test

Si allega documento d'identità in corso di validità.