

Comune di 85037 Sant'Arcangelo  
Provincia di Potenza  
Prot. N. 0000047  
in Partenza del 03-01-2022  
Dest: ALBO ONLINE



## COMUNE DI SANT'ARCANGELO

(Provincia di Potenza)

Corso Vittorio Emanuele – C.A.P. 85037

Centralino 0973 – 61.83.11

UFFICIO DEL SINDACO

### SCREENING TAMPONI ANTI COVID – 19

Continua l'impegno dell'Amministrazione Comunale nel realizzare iniziative volte a contenere la diffusione del virus SARS – COV – 2. A tal proposito il giorno 4 gennaio dalle 15:00 alle 19:00 si terrà uno screening gratuito effettuando TAMPONI ANTIGENICI a tutta la popolazione residente e a coloro che provengono da altre realtà regionali presenti nella nostra comunità in virtù del periodo festivo.

Chiunque, volontariamente, vorrà sottoporsi al tampone può recarsi, munito del modello allegato, debitamente compilato, presso il Polifunzionale di San Brancato – V.le Europa.

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. (1) 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.