**Al Comune di Andrano**

**Email: protocollo@comune.andrano.le.it**

**MODULO DI PRENOTAZIONE E CONSENSO PER IL TAMPONE ANTIGENICO**

 **Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e**

**residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Documento di**

**riconoscimento Carta identità/Patente n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciata da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medico di Base\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* di rientrare nel Comune di Andrano in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_proveniente dalla regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole, ai fini e per gli effetti di cui all’art. 13 del Reg. UE n. 679/2016, che tutti i dati personali comunicati saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica e saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso e/o per altre finalità proprie degli uffici comunali o imposte per legge.

**Chiede di poter effettuare il test di Screening “Tampone Antigenico Qualitativo Rapido” per la ricerca dell’antigene del virus SARS-CoV-2.**

In merito alla mia adesione volontaria all’indagine dichiaro:

* di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
* di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
* di essere a conoscenza dell’uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all’utilizzo della metodica e che,in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2,dovrò effettuare tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all’esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario.
* di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno comunicati entro la giornata successiva al **prelievo al medico curante.**
* Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall’esecuzione del tampone naso-faringeo antigenico.

 Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_