



COMUNE DI ANDRANO

Prov. di Lecce

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 luogo di residenza/domicilio sito 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
