



**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 giungere nel Comune di Andrano in data \_\_\_\_\_, dalla regione \_\_\_\_\_ per  
comprovate esigenze lavorative, per motivi di salute, ovvero per altri motivi ammessi dalle vigenti  
normative ovvero da decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione  
della diffusione del contagio;

- 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

\_\_\_\_\_