

**ADESIONE VOLONTARIA A SCREENING SIEROLOGICO DA PARTE DEL PERSONALE DOCENTE E NON
DOCENTE OPERANTE NEI NIDI, NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIE E SECONDARIE PUBBLICHE,
STATALI E NON STATALI, PARITARIE E PRIVATE E NEGLI ISTITUTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI
REGIONE LOMBARDIA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____
codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico
diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

**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.i.i.

di appartenere al corpo docente o non docente
operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e
private e negli istituti di formazione professionale di Regione Lombardia

Data _____ Firma _____

**INFORMATIVA PER IL CONSENSO A SOTTOPORSI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2
MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE**

L'adesione al test - COVID-19 IgG / IgM rapid test device - per la ricerca di anticorpi anti-SARS-CoV-2 è su **base volontaria** ed è necessario essere a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti, di seguito specificate.

- ✓ l'adesione al test è volontaria ed integrale, cioè estesa a tutte le fasi del percorso di screening;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di alcun referto;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone nasofaringeo;
- ✓ 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;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso la digitopuntura (raccolta di sangue capillare attraverso una piccola puntura del polpastrello), procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

FIRMA LEGGIBILE _____

ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE E ALLE CONSEGUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO

FIRMA LEGGIBILE _____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____

DATA _____