Modello di consenso informato per l'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.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ con 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 LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 **MEDIANTE TEST *COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE***

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.
Di seguito le specifiche circa l'esito del test e circa 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 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.

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 _____