

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI UFFICI
(MMG)**

Io sottoscritto nato a il

residente a Vian°.....

C.F.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

di prestare servizio in qualità di:

Docente Personale ATA Altro

PRESSO:

Istituto Scolastico Statale

Istituto Scolastico Paritario

Ente di Formazione (erogante leFP)

Con sede in

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....

(luogo, data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.

QUESTIONARIO

Sezione 1- Dati dell'intervistatore	
Cognome	
Nome	
Struttura di appartenenza	
Data dell'intervista	
Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato	
Cognome	
Nome	
Codice fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Comune di residenza	
Struttura di appartenenza	
Asp di residenza	
Telefono cellulare	
Indirizzo mail	
Categoria del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella circolare n. 8722 del 07/08/2020 Ministero della Salute	
Sezione 3 – Tipologia di test effettuato	
Test sierologico di tipo:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA _____
Tampone rino/farinago	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA _____
<i>Se si risponde si indicare se è il primo tampone effettuato o se ripetuto indicare le varie date :</i>	Data 1° effettuazione _____ Data 2° effettuazione _____ Data 3° effettuazione _____
Sezione 4 – anamnesi del paziente	
Negli ultimi 14 giorni ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?	
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Febbre $\geq 37,5$ °C	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tosse secca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rinorrea(naso colante)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispnea (difficoltà respiratoria)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cefalea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori addominali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha effettuato il vaccino antinfluenzale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha fatto rientro in Sicilia negli ultimi 14 giorni%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si da quale territorio? _____
Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con casi accertati o sospetti di COVID 19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma dell'intervistato _____

Espressione e acquisizione del consenso informato:

~~Il /La sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.~~

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

all'esecuzione del test sierologico rapido di tipo qualitativo mediante "card per la contestuale rilevazione degli anticorpi IgG e IgM verso SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO