

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto (COGNOME / NOME) _____

Nato a _____ Provincia _____ il ____/____/____ Residente in _____

Provincia _____ alla Via/Corso/Piazza _____ n° _____

Telefono _____ e-mail _____

Medico curante: Nome e Cognome _____ Recapito tel _____

Nome e cognome del genitore nel caso si tratti di minore _____

consapevole delle responsabilità e sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

RICHIEDE

☐

TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO CLASSICO

☐

TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO DI ULTIMA GENERAZIONE

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. 445/00:
di trovarsi nelle condizioni previste dalla

Delibera di Giunta Regionale del 21 ottobre 2020 n. 1705

- **DI ESSERE ASINTOMATICO**

- **DI RICHIEDERE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO PER LA RICERCA DEL SARS-CoV2 PER:**

✓ **MOTIVI DI LAVORO**

☐

✓ **MOTIVI DI VIAGGIO (CON RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE VERDE)**

☐

✓ **RICHIESTE NON CORRELATE A ESIGENZE CLINICHE O DI SALUTE
PUBBLICA GIA' DISCIPLINATE DAI PROVVEDIMENTI NAZIONALI E REGIONALI**

☐

Bari, _____

Firma _____ (del genitore in caso di minori)

(Segue seconda pagina)



CONSENSO INFORMATO PER ACCESSO AL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO DI COVID-19

Il test su tampone per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 è un test rapido basato su lettura in immunocromatografia o immunofluorescenza per la rilevazione di uno specifico antigene del virus SARS-CoV-2 presente nella rinofaringe umana. Questo test viene effettuato con l'impiego di un tampone nasofaringeo.

In generale, i test antigenici hanno un'elevata specificità, sebbene non siano così sensibili come i test molecolari che amplificano la sequenza di DNA o RNA virale bersaglio per generare un segnale quantificabile che indichi la presenza del virus in un campione.

I risultati possono supportare la diagnosi precoce dell'infezione da SARS-CoV-2 in pazienti che presentano sintomi clinici del virus e contribuire allo screening iniziale degli stessi.

In presenza di sintomi respiratori quali febbre, tosse, mancanza di respiro o difficoltà respiratorie, non sarà possibile effettuare il tampone

- Autorizzo il Centro Analisi Cliniche San Paolo, in caso di esito positivo, a trasmettere il risultato al Servizio di Igiene e sanità pubblica del Dipartimento di prevenzione della ASL Bari.
- Autorizzo il personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo, in caso di esito positivo, a trasmettere il risultato del test al mio medico curante
- Sono stato informato dal personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo circa il valore diagnostico del tampone rapido antigenico ai fini della diagnosi da infezione da COVID 19

Il Centro Analisi Cliniche San Paolo si riserva il diritto di rifiutare l'accesso alla prestazione in assenza delle suddette autorizzazione

Data _____

Firma leggibile _____
(del genitore in caso di minori)

I presenti dati vengono trattati ai sensi del Regolamento Ue n.679/2016 (cd. GDPR) esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art.1 n.7, letl.d) del DPCM 11 Marzo 2020 e del Protocollo condiviso Governo/Parti sociali del 24/04/2020 trovano applicazione