

**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**