



# Comune di Pontremoli

## Provincia di Massa Carrara

\*\*\*\*\*

Tel. 0187 4601235

e-mail: [sindaco@comune.pontremoli.ms.it](mailto:sindaco@comune.pontremoli.ms.it)

\*\*\*\*\*

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il **test antigenico a tampone rapido** per la ricerca di SARS-CoV-2 offerto dal Comune di Pontremoli ed eseguito da personale addetto mediante tampone orofaringeo e rinofaringeo presso la postazione drive through allestita nello spazio antistante l'ingresso dell'Istituto "Tifoni" lato via Oderzo, vuole rilevare su soggetti asintomatici (con particolare priorità per categorie a rischio quali studenti di ogni ordine e grado, genitori delle scuole primarie e secondarie di primo grado, insegnanti ed operatori del mondo scolastico operanti nel Comune di Pontremoli) la presenza di eventuali elementi che costituiscano la struttura del virus.

Gli esiti possibili sono:

**NEGATIVO:** non sono stati rilevati antigeni virali nel tampone analizzato. Esiste la possibilità di falsi negativi per cui è opportuno mantenere sempre le misure cautelari igieniche e di prevenzione.

**POSITIVO:** sono stati riscontrati antigeni virali nel tampone analizzato. In questo caso, a seguito dell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regione Toscana n. 66 del 28.12.2021 e successiva nota esplicativa del 30.12.2021, questi test saranno ritenuti validi ai fini dell'apertura dei provvedimenti di sanità pubblica da parte del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL e verranno inseriti nel portale della Regione Toscana. Nel frattempo il paziente deve considerarsi infetto e contagioso, deve informare subito il proprio Medico Curante e porsi in isolamento.

\*\*\*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_

Telefono ed E-MAIL \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

DICHIARO

- di aver richiesto e prenotato l'esecuzione di tampone rapido presso il Comune di Pontremoli;
- di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test antigenico rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- di esprimere il mio consenso alla partecipazione a tale test antigenico rapido;
- di essere stato informato che in caso di esito positivo del test i risultati saranno trasmessi alle autorità competenti in conformità agli obblighi vigenti finalizzati al censimento del contagio.

DICHIARO pertanto di

VOLERMI sottoporre al test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 mediante tampone orofaringeo e rinofaringeo;

NON AVER avuto negli ultimi giorni sintomi riconducibili ad infezione da SARS-CoV-2 (febbre superiore a 37.4°, tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratoria, dolore muscolare, spossatezza, nausea, vomito, diarrea, alterazione del gusto e/o dell'olfatto) e di non avere in corso per disposizione dell'Asl il regime di quarantena/isolamento;

MI IMPEGNO

- ad ATTENDERE il risultato del Test rapido prima di abbandonare i locali;
- ad INFORMARE immediatamente il mio medico curante in caso di RISULTATO POSITIVO o DUBBIO, per essere sottoposto alle verifiche ed ai controlli previsti;
- ad ANDARE, in caso di esito positivo, immediatamente in quarantena presso il mio domicilio.

\*\*\*

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali esclusivamente nei limiti e con le modalità indicate nel presente documento.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**TEST ANTIGENICO RAPIDO del COMUNE di PONTREMOLI**

n° \_\_\_\_\_

Eseguito in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

presso la postazione drive through allestita nello spazio antistante l'ingresso dell'Istituto "Tifoni" lato via Oderzo

ESITO

\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE che esegue il tampone oro-rinofaringeo

\_\_\_\_\_