

**COMUNE DI SAN SOSTI**  
**( Provincia di COSENZA )**

**Telef. 0981/60151 – 52**

**Fax: 0981/61631**

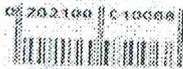
E mail: [comunedisansosti@tiscali.it](mailto:comunedisansosti@tiscali.it)

PEC: [protocollosansosti@asmepec.it](mailto:protocollosansosti@asmepec.it)



Comune di  
San Sosti

Prot. N. 0001006 del 04/05/2021 - P  
Cat. 2 Cla. Uff. Sindaco



SAN SOSTI, lì 04/05/2021

Alla Dirigente Scolastica  
Istituto Comprensivo Statale  
di

87010 – SAN SOSTI –

**OGGETTO:** *Comunicazioni.*

Gent.ma Dirigente,

Le comunico che domani 5 maggio 2021, dalle ore 13,30, presso la struttura della Società "AGI ", località Pettoruto, per come già concordato, si effettueranno controlli/screening per tutto il personale scolastico, onde poter dare esecuzione alla riapertura delle attività scolastiche.

La invito, pertanto, a dare comunicazione a tutto il personale interessato.

Distinti saluti.

IL SINDACO

( Vincenzo DE MARCO )

*Vincenzo De Marco*



**CONSENSO INFORMATO**  
per l'effettuazione del Tampono Rapid Test, per il  
rilevamento qualitativo di antigene virali  
SARS-CoV-2\COVID -19

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**Dichiara che**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

il Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Medico Curante Dr. \_\_\_\_\_

In qualità di:  Lavoratore  Collaboratore, Altro \_\_\_\_\_

Si è sottoposto al Tampono Rapid Test \_\_\_\_\_ per lo  
screening Ricerca Antigeni SARS-CoV-2\COVID-19, avente Codice Riservato, ed ha ottenuto il seguente  
risultato validato:

**NEGATIVO**                       **POSITIVO**

**Il test è stato eseguito su autorizzazione del Dipendente/Collaboratore che pertanto ha sottoscritto il presente Consenso Informato, dichiarando di essere a conoscenza:**

1. Del motivo per cui si esegue l'esame indicato (Ricerca Antigeni virali SARS-CoV-2\COVID -19).
2. Che la campagna di screening avviata dall' Azienda ha la finalità di gestire l'Emergenza Sanitaria da nuovo Coronavirus "COVID - 19", allo scopo di contenere la diffusione dei contagi e potenziali focolai all'interno dell'Azienda.
3. Che La campagna di screening per la ricerca del virus SARS Cov-2 è effettuata ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 0031400-29/09/2020- DGPRES-DGPRES-P, che ha consentito l'uso dei test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2; del Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (v. Rapporto n. 4/2020 del 24-08-2020), dall'Ordinanza Regione Calabria n. 55/2020 del 16-07-2020, dall'Ordinanza Regione Calabria n. 79/2020 del 23-10-2020 e dall'Ordinanza Regione Calabria n. 80/2020 del 25-10-2020 e relative leggi nazionali.
4. Che sono possibili risultati falsi positivi e falsi negativi, in tal caso è prevista la possibilità di dover ripetere l'esame o richiedere test specifici di conferma (Tampone molecolare).
5. Che eventuale positività riscontrata con il test antigenico rapido prevede consequenziali iter specifico di cui conosce le procedure (*comunicazione al MMG ed alle Autorità Sanitarie Competenti per territorio e medico Competente di struttura*).
6. di essere stato informato e di aver avuto chiare ed esaustive spiegazioni sul test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

San Sosti, \_\_\_\_\_

Il Medico/Infermiere

Firma del Dipendente/Collaboratore per accettazione

CONSENSO INFORMATO  
per l'effettuazione del Tampono Rapid Test, per il  
rilevamento qualitativo di antigene virali  
SARS-CoV-2\COVID -19

FOTO TEST RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19:

Codice Test Riservato n. \_\_\_\_\_

San Sosti, \_\_\_\_\_

NEGATIVO

POSITIVO

Firma Dipendente/Collaboratore \_\_\_\_\_

Firma Medico/Infermiere \_\_\_\_\_

Allegato: scheda tecnica del prodotto: TEST RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19