

Da: Vaccinazioni Sant'Agata Militello <vaccinazioni.sagatam@asp.messina.it>  
Oggetto: Disposizioni riguardanti i test sierologici per gli insegnanti e operatori scolastici  
Data: 31/08/2020 10:20:49

Si comunica che è possibile effettuare i test sierologici per ricerca anticorpi anti-COVID-19 su base volontaria

- contattando il proprio medico di famiglia
- Oppure presso gli ambulatori del Dipartimento di Prevenzione del Distretto di S.Agata di Militello, appositamente dedicati , tramite prenotazione telefonica ai seguenti numeri;

Ambulatorio di Capo D'Orlando tel. 0941720064 dal lunedì' al venerdì dalle ore 12.00 alle ore 13.30  
Ambulatorio di S.Agata di Militello tel 0941720535 dal lunedì' al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00  
Ambulatorio di Tortorici tel. 0941720270 dal lunedì' al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00

Si ricorda che per essere sottoposti al test è necessario scaricare e compilare la documentazione allegata alla presente.

Si rimane a disposizione per una fattiva collaborazione . Distinti saluti . D.ssa Frasconà Giovanna

I.C. - N. 2 "GIOVANNI PAOLO II"  
98071 - CAPO D'ORLANDO -ME-  
Prot. 0005001 del 31/08/2020  
05 (Entrata)

**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 ..... Via .....n°.....

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/farinego  | <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 _____<br>Data 2° effettuazione _____<br>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<br>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