

 <p>ASL Brindisi PugliaSalute</p>	<p>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Direttore Dr. Cosimo NICOLI' P.zza Di Summa, 1 - 72100 Brindisi TEL. 0831/510231 (Protocollo) FAX 0831/510376 e-mail: dipartimentoprevenzione@asl.brindisi.it</p>	<p>SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA - AMBIENTI DI LAVORO (S.P.E.S.A.L.) Direttore Dr. Cosimo NICOLI' Piazza A. Di Summa, 1 tel. 0831/510331 – fax 0831/510366 E mail: spesal@asl.brindisi.it Pec: spesal.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p>
--	--	--

Richiesta di adesione alla realizzazione da parte del datore di lavoro di percorsi di screening su dipendenti per COVID 19 mediante l'utilizzo di test sierologici (Disposizione della Regione Puglia del 20/05/2020, n. 1546).

Il sottoscritto _____,
nato a _____, prov. (____), il _____,
residente a _____, prov. (____), in via _____,
in qualità di legale rappresentante dell'Azienda/Ditta _____,
(C.F./P.IVA) _____,
recapito telefonico: _____,
e-mail/ PEC aziendale: _____

DICHIARA

- che il medico competente è il Dr. _____
(recapito cellulare: _____; indirizzo PEC: _____)
- che il numero di dipendenti che si prevede di coinvolgere è pari a _____;
- di avere condiviso l'iniziativa con i lavoratori, coinvolgendo anche il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ed informandoli per il tramite del medico competente sul significato dello screening e dei test, nonché sul fatto che lo stesso **non può essere eseguito nell'ambito della sorveglianza sanitaria obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.**;
- di aver altresì precisato nell'informativa che le indagini sierologiche e virologiche non possono sostituire le misure di prevenzione del contagio indicate per i luoghi di lavoro né possono costituire elemento utilizzabile ai fini dell'espressione di giudizio di idoneità alla mansione specifica, anche con riferimento alla riammissione al lavoro;
- di aver informato i lavoratori che l'adesione allo screening è facoltativa e si svolge da parte del lavoratore previa formalizzazione dell'informazione e del consenso;
- di essere informato e di aver reso noto agli interessati che l'impegno all'effettuazione del test sierologico su sangue venoso da parte del lavoratore comporta, in caso di positività, la comunicazione al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente per l'effettuazione del tampone rinofaringeo ed il temporaneo isolamento domiciliare fiduciario;
- di impegnarsi a comunicare, per il tramite del medico competente, i risultati dell'indagine in forma aggregata secondo le modalità messe a disposizione dall'ASL competente per territorio entro dieci giorni dal termine dell'indagine;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, i risultati positivi al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente affinché possano essere adottati i provvedimenti già citati in precedenza (tampone ed isolamento domiciliare fiduciario);

E CHIEDE DI

- poter aderire al piano territoriale per la valutazione epidemiologica della circolazione virale nella popolazione lavorativa di cui alla disposizione regionale del 20/05/2020, n. 1546, consapevole che l'effettuazione dei test sierologici è subordinata alla comunicazione della tempistica da parte del

 <p>ASL Brindisi PugliaSalute</p>	<p>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Direttore Dr. Cosimo NICOLI' P.zza Di Summa,1 - 72100 Brindisi TEL.0831/510231 (Protocollo) FAX 0831/510376 e-mail: dipartimentoprevenzione@asl.brindisi.it</p>	<p>SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA - AMBIENTI DI LAVORO (S.P.E.S.A.L.) Direttore Dr. Cosimo NICOLI' Piazza A. Di Summa,1 tel.0831/510331 – fax 0831/510366 E mail: spesal@asl.brindisi.it Pec; spesal.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</p>
--	--	---

Dipartimento di Prevenzione-SPESAL, nonché alla potenzialità del laboratorio di analisi per l'esecuzione del test molecolare con tampone oro-faringeo.

- Con l'invio del presente modulo di adesione al Dipartimento di Prevenzione – Servizio SPESAL
- (spesal.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it) oltre a dare avvio a tale percorso di screening, il datore di lavoro si impegna a rispettare le procedure stabilite in merito da Regione e ASL.

Firma e data

_____ , ____/____/_____

Il Datore di lavoro

Firma e timbro