DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore: Dott. Michele Conversano
Via Diego Peluso n.117 – 74121 Taranto
e-mail: diprev.segreteria@asl.taranto.it
PEC: dipartprevenzione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA degli AMBIENTI di LAVORO
Direttore Dott. COSIMO SCARNERA
Viale Virgilio,117 – 74121 Taranto
tel. 099 7786481 – 478 -469
e-mail: diprev.spesal.direzione@asl.taranto.it
PEC: dipartprevenzione_spesal.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

MODULO CONSENSO INFORMATO SCREENING COVID-19 (su iniziativa datore di lavoro)

Il/La sottoscritto/a ***codice fiscale***

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte alla ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che gli obiettivi da perseguire sono:
  - caratterizzare lo stato sierologico di lavoratori asintomatici, favorendo al contempo la comprensione della circolazione virale a livello territoriale e nei vari settori produttivi
  - rilevare l'eventuale esistenza di portatori del virus nei soggetti positivi per gli anticorpi, a tutela della restante popolazione lavorativa
- di essere stato/a informato/a che il test sierologico fornisce un risultato di screening sulla eventuale presenza di anticorpi IgM e IgG. La positività al test, dunque, non è necessariamente indicativa di un'infezione in atto o di contagiosità, ma definisce un pregresso contatto con il SARS-CoV-2.
- di essere stato/a informato/a che l'accertamento dell'eventuale infezione in atto richiede l'esecuzione di tampone nasofaringeo che sarà eseguito successivamente in caso di positività del test sierologico su sangue venoso;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test saranno riservati e resi noti, oltre che al diretto interessato, a cura del Medico Competente, esclusivamente al Dipartimento di Prevenzione ASL competente e al proprio Medico Curante;
- di essere stato/a informato/a che in caso di accertata presenza di anticorpi IgG o IgM mediante indagine sierologica su sangue venoso, con nota specifica a parte, il medico competente aziendale dovrà preannunciare al lavoratore la necessità di porsi in isolamento fiduciario ed avvisare il medico di medicina generale per la comunicazione della quarantena all'INPS a copertura dell'assenza dal lavoro e trasmettere i nominativi dei positivi al SISP del Dipartimento di Prevenzione ASL TA che attiverà anche un provvedimento di isolamento domiciliare e sorveglianza sanitaria di almeno 14 (quattordici) giorni. Vi sarà l'obbligo, dunque, di permanere presso il proprio domicilio sino a tale termine, o sino ad acquisizione di esito negativo successivo all'esecuzione di un tampone nasofaringeo per la ricerca dell'infezione da SARS-CoV-2.

Ciò considerato

☐ Presto il mio consenso all'atto sanitario ☐ Nego il consenso

Taranto,

Firma

_____

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore: Dott. Michele Conversano
Via Diego Peluso n.117 – 74121 Taranto
e-mail: diprev.segreteria@asl.taranto.it
PEC: dipartprevenzione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

SERVIZIO di PREVENZIONE E SICUREZZA degli AMBIENTI di LAVORO
Direttore Dott. COSIMO SCARNERA
Viale Virgilio,117 – 74121 Taranto
tel. 099 7786481 – 478 -469
e-mail: diprev.spesal.direzione@asl.taranto.it
PEC: dipartprevenzione_spesal.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 9 e del considerando 32 del Regolamento UE 679/2016)

Con la firma sottostante dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dalla Azienda _____ in qualità di Titolare, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà anche dati "particolari" come definiti all'art. 9, ovvero dati relativi alla salute come definiti all'art. 4, p.ti 1) e 15) del Regolamento**, ed esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del test COVID-19.**

Firma

_____