

**SCHEDA DI TRIAGE PER COVID-19 - Da compilare a cura dell'utente**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'** (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni sostitutive ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, come la presente, sono considerate rese a pubblico ufficiale (anche per l'ipotesi in cui la dichiarazione sia resa ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.P.R. n.445/2000) e che se si verificasse l'ipotesi di dichiarazione mendace o di falsità in atti troverebbero applicazione le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- di non essere attualmente affetto da COVID19 o sottoposto a regime di quarantena e di non aver ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19;
- di non essere in attesa di effettuazione di tampone o di esito di tampone effettuato;
- di non aver presentato negli ultimi 10 giorni sintomatologia respiratoria, simil-influenzale o febbre che possa ipotizzare una infezione da SARS-COV-2;
- di accettare, prima della prestazione richiesta, la misurazione della temperatura corporea da parte del personale addetto;
- di avere letto, di aver compreso e di essere stato edotto dal personale della Struttura del contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra descritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il consenso non è espresso dal diretto interessato (per impossibilità fisica, minore età, incapacità di agire, incapacità di intendere o di volere) indicare i dati della persona che esprime il consenso e l'eventuale grado di parentela:

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

In caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela: \_\_\_\_\_

Nome, Cognome e C.F. del firmatario \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE (PER CONSENSO INFORMATO TEST DIAGNOSTICI COVID):**

- di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e delle Informativi sui test diagnostici per SARS-COV-2 effettuati presso questa Struttura;
- di essere consapevole che i risultati dei test diagnostici richiesti saranno comunicati al Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia secondo quanto prescritto dalla normativa in materia;
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test diagnostico richiesto sarà data comunicazione anche al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente secondo quanto prescritto dalla normativa in materia;
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test al tampone rapido o del test sierologico, il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente provvederà a disporre il tampone di secondo livello biomolecolare per la ricerca del SARS-COV-2
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test al tampone rapido, sarà posto immediatamente, anche in assenza di sintomi, in isolamento presso strutture dedicate o domiciliare fino all'acquisizione dell'esito del tampone di secondo livello biomolecolare;
- la veridicità dei dati forniti per la compilazione del QUESTIONARIO Allegato 1 alle Circolari dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia per l'effettuazione dei test diagnostici per COVID-19;
- di avere letto, di aver compreso e di essere stato edotto dal personale della Struttura del contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra descritto.

Tutto ciò premesso,

Acconsente  Non Acconsente All'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2

Acconsente  Non Acconsente All'esecuzione del Tampone rapido Rino-Faringeo per la ricerca del RNA del SARS-CoV-2

Il dichiarante acconsente alla conservazione presso codesta Struttura della presente dichiarazione in unica copia. La stessa sarà messa a disposizione del paziente che ne facesse richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_