

**MODELLO DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE SCREENING SIEROLOGICO**

**VISTA** l’ordinanza del Commissario straordinario del 24 luglio 2020 GU 187 del 27 luglio 2020;

**IL Sottoscritto**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFILO DI APPARTENENZA** | **SEDE DI SERVIZIO** |
| **( ) DOCENTE ( ) ATA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMUNE DI RESIDENZA** | **ASL DI APPARTENENZA** |
|  |  |

**di essere sottoposto a test sierologico qualitativo**

**Data**

**Chiede**

**FIRMA**

**Comunicazioni operative**

1. Il test verrà eseguito su una goccia di sangue capillare prelevato tramite pungidito;

2. Per i soggetti che risulteranno positivi si provvederà alla esecuzione di tampone orofaringeo per escludere stato di infezione

3. L’esecuzione immediata del tampone consentirà di ridurre il tempo di isolamento fiduciario;

4. Per l’esecuzione del test verrà riconosciuto 1 giorno di permesso per motivi di salute;

5. Il medico MG redigerà il certificato in base alle notizie inserite nel gestionale dati;

6. Al personale verrà comunicato il calendario predisposto dalla ASL;

Tempi

I fase 24/08-29/08 Agosto;

II fase 31/08-12/09 Settembre;