



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
*Distretto di Catania*

**P.T.A. San Luigi**  
**CATANIA**

**TEST RAPIDO CROMATOGRAFICO TIPO C PER LA RILEVAZIONE  
QUALITATIVA DEGLI ANTICORPI IGG E IGM VERSO SARS-COV-2**

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice Fiscale

**RISULTATO TEST**

Anticorpo SARS-CoV-2 IgG (sangue intero):     SI             NO

Anticorpo SARS-CoV-2 IgM (sangue intero):     SI             NO

Catania li



TIMBRO E FIRMA

## QUESTIONARIO

**Allegato 1**

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			
ASP di residenza			
Telefono fisso			
Telefono cellulare			
Indirizzo email			
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test sierologico come indicata nella nota prot. 14005 del 16 aprile 2020			
Sezione 3 - Dati laboratoristici			
Tipologia di test seguito	A	B	C
Tampone	SI	NO	Data _____
Sezione 4 - Storia clinica			
<b>Dal 1 Marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?</b>			
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

AD

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere **docente** in servizio presso  
l'istituto \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
- di essere docente in attesa di assegnazione
- di essere in servizio nella qualità di **personale amministrativo – tecnico - ausiliario** presso  
l'istituto \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
- di fare parte del personale **amministrativo – tecnico - ausiliario** della scuola in attesa di  
assegnazione

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., alla dichiarazione è allegata una fotocopia del documento di identità del dichiarante.



**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL DEI  
REFERTI–STATO EMERGENZIALE DA CORONAVIRUS *ai sensi dell'art 17bis del*  
*D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE**

Carta di Identità O Passaporto O Altro () \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

X (barrare la casella di interesse)

- per se medesimo,
- esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

DICHIARA di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (ai sensi dell'art. 17bis del D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocare in ogni momento l'adesione o di circoscrivere l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Catania li \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente