



**Richiesta di autorizzazione alla realizzazione da parte del datore di lavoro di percorsi di screening su dipendenti per COVID 19**

\*\*\*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_,  
in qualità di legale rappresentante dell'Azienda/Ditta

**DICHIARA**

di voler aderire alla realizzazione di percorsi di screening epidemiologico con analoghe caratteristiche rispetto al programma di screening regionale;

che il medico competente è \_\_\_\_\_;

che il n° di dipendenti che si prevede di coinvolgere è \_\_\_\_\_;

di scegliere il seguente laboratorio di riferimento per screening sierologico rapido: \_\_\_\_\_;

che il test rapido utilizzato è \_\_\_\_\_ (si allega documentazione);

che il laboratorio di riferimento per esame sierologico di conferma in chemiluminescenza o ELISA sui soggetti positivi ad IgG o ad IgM è \_\_\_\_\_;

che il test di conferma utilizzato è \_\_\_\_\_ (si allega documentazione);

che il laboratorio di riferimento per test molecolare da tampone naso faringeo è \_\_\_\_\_ (si allega documentazione su autorizzazione laboratorio alla esecuzione di test molecolare su tampone orofaringeo);

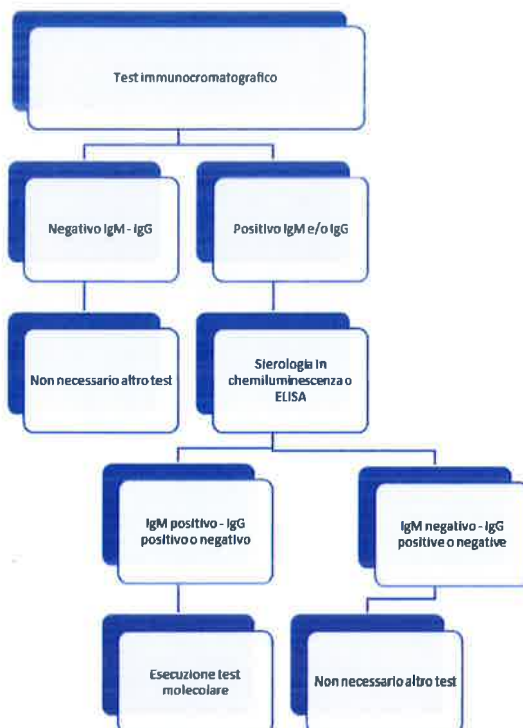
di avere informato i lavoratori tramite il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sul significato dello screening e dei test, nonché sul fatto che lo stesso non può essere eseguito nell'ambito della sorveglianza sanitaria obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 81/08 e che, pertanto, l'adesione allo screening è facoltativa previa acquisizione del consenso da parte del lavoratore;

di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali;

**SI IMPEGNA A**

1. comunicare tempestivamente, tramite il medico competente, ai competenti Dipartimenti di Sanità Pubblica i risultati positivi in forma nominativa di eventuali tamponi eseguiti a seguito di positività IgM;
2. comunicare i risultati dell'indagine in forma anche aggregata indicando numero di soggetti testati con test rapido, numeri con risultato positivo per IgG, positivo per IgG ed IgM, positivo per IgM, negativo, dubbio, ed analogamente per le conferme con test sierologico in chemiluminescenza o ELISA nonché i test molecolari da tampone;
3. dare comunicazione ai dipendenti attraverso il medico competente della finalità e le caratteristiche dei test, sottolineando che essi non possono sostituire le misure di prevenzione del contagio indicate per i luoghi di lavoro né possono costituire elemento utilizzabile ai fini della espressione di giudizio di idoneità alla mansione specifica.

## PERCORSO PREVISTO A LIVELLO REGIONALE



Si prega di segnalare le eventuali differenze rispetto al percorso regionale adottato per dipendenti e soggetti accreditati soprariportato. Si sottolinea che per il test immunocromatografico (test sierologico rapido) in caso di negatività sia a IgG che IgM, a livello regionale è prevista la ripetizione dopo 15-20 giorni.

## DIFFERENZE PREVISTE E RELATIVE MOTIVAZIONI:

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Tutta la documentazione richiesta unitamente alla copia del documento d'identità è inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare: [dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it)