

**PROGETTO SPERIMENTALE  
SISTEMI TECNOLOGICI INTEGRATI AI TEST DIAGNOSTICI PER  
IL CONTENIMENTO DELL'EPIDEMIA DA SARS-COV-2**

**CONSENSO INFORMATO PER L'ADESIONE VOLONTARIA**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome) sesso \_\_\_\_\_ Codice  
personale \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ Codice  
fiscale \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA a norma del D.P.R. n. 445/2000, e ss.mm.i.i.**

di essere dipendente della Regione Puglia Dipartimento \_\_\_\_\_  
Sezione \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_  
Bari, Firma

**ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA A SOTTOPORMI AL PROGETTO SPERIMENTALE E**

**DICHIARO**

di essere stato/a informato/a ai sensi dell'articolo 13 del regolamento generale UE 2016/679 e di aver capito le motivazioni per l'effettuazione del progetto sperimentale.

Comprendo che:

1. I risultati del "test tampone" per l'indagine naso-faringea dell'infezione da SARS-CoV-2, la cui analisi è affidata al Policlinico di Bari ed i risultati dei test antigenici per la ricerca di infezione SARS-CoV-2, mi saranno comunicati tempestivamente, nel pieno rispetto dei termini per la privacy e del trattamento dei dati sensibili.
2. In caso di positività sarà disposto nei miei confronti l'allontanamento temporaneo dall'attività lavorativa, in attesa di essere sottoposto a test diagnostico molecolare con RT-PCR (i.e. tampone naso-faringeo) al fine di confermare o escludere la presenza di infezione in atto e di porre in essere i successivi adempimenti necessari (i.e. isolamento domiciliare fiduciario, quarantena, etc.), secondo le normative vigenti.

di essere stato/a informato/a ai sensi dell'articolo 13 del regolamento generale UE 2016/679 e di aver capito e accettato le motivazioni per la rilevazione e registrazione di dati relativi a parametri clinici e/o vitali, nonché di dati relativi alla mia geolocalizzazione e/o all'identificazione dei miei contatti qualora io risulti essere caso sospetto e/o confermato di COVID-19;

1. di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente e comunque di aver letto e compreso il modulo informativo fornito riguardo la sperimentazione e facente parte di questo consenso;
2. che mi è stata data l'opportunità di porre qualsivoglia domanda al Dottor \_\_\_\_\_ ed ho avuto risposte soddisfacenti;
3. che mi è stato concesso il tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per discuterne con terzi;
4. che mi è stato chiaramente spiegato che posso decidere di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza fornire giustificazione, e che tali decisioni non modificheranno in alcun modo i rapporti con il Dottor \_\_\_\_\_ e il Datore/Datrice di Lavoro;
5. che sono consapevole che si potrà interrompere in ogni momento le attività previste dal Progetto, per decisione del responsabile senza pregiudizio per la salute;
6. che sono stato informato che sarò messo al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la sicurezza del Progetto e che, per ogni problema o per ulteriori domande, potrò rivolgermi ai Dottor \_\_\_\_\_;
7. che per la migliore tutela della salute, sono consapevole dell'importanza di informare il medico di medicina generale di libera scelta del Progetto al quale accetto di partecipare;
8. che sono consapevole di dover scaricare nel mio telefono l'APP;
9. che sono consapevole che devo ricevere una copia del presente modulo di consenso;

## ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali (GDPR) in particolare:

1. Ad installare sul mio smartphone l'APP;

• SI      •NO

2. Al primo controllo (t=0) ed ogni 14 giorni, o nel caso di Triage positivo, a "test antigenico" per l'indagine naso-faringea dell'infezione da SARS-CoV-2 con analisi eseguita da \_\_\_\_\_.

• SI      •NO

3. Che la suddetta analisi venga utilizzata, con garanzia della massima riservatezza, ai fini di ulteriori accertamenti diagnostici, nonché per attività di ricerca.

• SI      •NO

4. Che i risultati derivanti da tale analisi vengano condivisi in forma anonima in database clinici e che vengano utilizzati per scopi scientifici, tra cui la elaborazione di pubblicazioni, atti alla comprensione del significato delle variazioni del genoma.

• SI      •NO

5. al Medico Competente ad eseguire l'analisi oggetto del presente consenso.

• SI      •NO

6. avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali, per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

• SI      •NO

Dichiaro, inoltre, di aver scaricato l'APP governativa **"IMMUNI"** (presenza di GPS e di Bluetooth)

• SI      •NO

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma leggibile dell'interessato:** \_\_\_\_\_

**Firma dell'operatore che raccoglie il consenso:** \_\_\_\_\_