

**RICHIESTA SCREENING TEST ANTIGENICI RAPIDI NEI LUOGHI DI LAVORO – PATTO PER IL LAVORO**  
**Da inviare a: antigeniciaziende@ausl.imola.bo.it**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell'Azienda / Ditta \_\_\_\_\_

PIVA \_\_\_\_\_ relativamente alla unità locale sita in (comune e indirizzo)

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler aderire alla realizzazione dello screening per SARS-CoV-2 mediante Test antigenico;

- che intende avvalersi della offerta a titolo gratuito dei test da parte della Regione Emilia-Romagna tramite la AUSL di \_\_\_\_\_
- che intende acquisire in modo autonomo i test antigenici (tipo di Test \_\_\_\_\_)
- che intende effettuare in modo autonomo gli eventuali test molecolari di conferma;
- che intende effettuare gli eventuali test molecolari di conferma tramite Ausl;

che il **medico competente** è:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_; già profilato per la registrazione sul portale Sole, in particolare dei test antigenici SI NO ;

che il **numero di dipendenti** che si prevede coinvolgere è \_\_\_\_\_ e richiede n. \_\_\_\_\_ test;

che l'**attività economica dell'azienda** è classificata con il codice ATECO \_\_\_\_\_;

che la persona di riferimento per la consegna dei test è (Nome/Cognome e mail):

\_\_\_\_\_

di aver informato i lavoratori tramite il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sul significato del percorso 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 al percorso 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. garantire che contestualmente all'esecuzione, tutti i test effettuati siano inseriti nel sistema informatico regionale dedicato, inserimento da effettuarsi tramite il medico competente o personale sanitario da lui incaricato;

2. comunicare ai dipendenti attraverso il medico competente le 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.

**Comunica inoltre** che l'attività lavorativa comporta la presenza in modo rilevante di una o più delle seguenti condizioni (barrare):

- lavoro in linea con distanza < 1 metro
- lavoro con accentuata mobilità in reparto e frequenti contatti interpersonali
- utilizzo comune di mezzi e strumenti
- elevato turnover, lavoro somministrato, lavoro stagionale
- appalti stabili (numero di appalti e numero di lavoratori)
- lavoratori che provengono o frequentano zone geografiche a maggior rischio

**Data**

**Timbro e Firma**

**Da compilare all'atto della consegna tamponi**

In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ si consegnano n. \_\_\_\_\_ test diagnostici antigenici rapidi per la rilevazione della presenza del virus SARS-CoV-2 al sig./ra \_\_\_\_\_, in qualità di datore di lavoro o suo delegato/a\*, per l'adesione all'attività di screening in oggetto.

Firma per ricevuta