

1) MODULO DI RICHIESTA DI INSERIMENTO IN ELENCO REGIONALE DEI SOGGETTI CHE EFFETTUANO PRELIEVI DI CAMPIONI BIOLOGICI PER DIAGNOSI COVID-19

Alla Regione Piemonte
Settore “Regole del SSR nei rapporti con i
soggetti erogatori”

regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

PARTE A) da compilarsi a cura del PRELEVATORE

Il sottoscritto _____

nato a _____ () il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in Via/c.so/p.zza _____ a _____ (),

avente il seguente indirizzo mail _____ e n° tel. _____

in qualità di _____ iscritto all’Ordine _____

richiede l’inserimento nell’elenco regionale dei soggetti che eseguono attività di prelievo di tampone oro-rino-faringeo ai fini della diagnosi di Covid-19

A tal fine dichiara di:

- conoscere le Raccomandazioni dell’ISS n.11/2020 ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone rino/orofaringeo per la diagnosi di COVID-19
Gruppo di lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica
- aver seguito i relativi tutorial sulle modalità di effettuazione del tampone:
 - Video Tutorial: Corretta Esecuzione di tampone rinofaringeo
 - Video Tutorial: Corretta Esecuzione di tampone orofaringeo
 - Video Tutorial: Corretta Esecuzione di tampone nasale anteriore
 - Video Tutorial: Corretta Esecuzione di tampone nasale medio

Dichiara, inoltre, di:

aver partecipato ad un periodo di affiancamento della durata minima di 2 ore presso

la struttura/soggetto che effettua tamponi _____
(denominazione struttura/soggetto)

avente sede in _____ al fine di
acquisire le manualità necessarie (come da dichiarazione allegata).

oppure

dichiara di essere in possesso di adeguata esperienza in ordine all'attività di
prelievo acquisita presso

(specificare struttura/soggetto abilitato, sede, periodo di svolgimento)

Dichiara, altresì:

- che l'attività di prelievo sarà svolta presso

(specificare la sede di svolgimento con descrizione di spazi/luoghi in cui avviene il prelievo)

- che le tariffe applicate per l'esecuzione delle prestazioni in oggetto in favore dei privati
paganti sono le seguenti:

e di avvalersi, per l'analisi dei test molecolari e la registrazione degli esiti dei tamponi sulla
piattaforma regionale COVID-19, del seguente Laboratorio validato

(denominazione e sede del laboratorio)

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,
delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della
decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.
445).

Data ___/___/_____

Firma del prelevatore (*)

NOTA (*):

L'istanza deve essere firmata in uno dei seguenti modi:

- con firma autografa (fatta a mano) allegando copia del documento d'identità del sottoscrittore. Non sono ammesse immagini della firma applicate sul file..
oppure
- con firma digitale ai sensi dell'art. 65 comma 1 lettera A del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale)

PARTE B) da compilarsi a cura del LABORATORIO

Il sottoscritto _____
(legale rappresentante del laboratorio)

(denominazione laboratorio)

(sede legale)

(sede operativa)

autorizzato con il provvedimento di cui seguono gli estremi:

e validato all'esecuzione dei test molecolari

(estremi del certificato di validazione)

dichiara di essere già abilitato all'utilizzo della piattaforma regionale Web Covid

oppure

richiede di essere abilitato all'utilizzo della piattaforma regionale Web Covid

Il laboratorio si impegna:

- a registrare gli esiti **anche negativi** sia del test molecolare che del test antigenico rapido nella piattaforma Web Covid

- ad assicurare il rilascio del referto relativo al test molecolare o antigenico rapido all'assistito e l'alimentazione tempestiva del referto firmato digitalmente nel Fascicolo Sanitario Elettronico (standard HL7 CDA R2).

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della

decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Data ___/___/_____

FIRMA (*)

NOTA (*):

L'istanza deve essere firmata in uno dei seguenti modi:

- *con firma autografa (fatta a mano) allegando copia del documento d'identità del sottoscrittore. Non sono ammesse immagini della firma applicate sul file..*
oppure
- *con firma digitale ai sensi dell'art. 65 comma 1 lettera A del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale)*

ALLEGATI:

1) **dichiarazione** da parte del soggetto abilitato di avvenuto affiancamento del prelevatore
2) **contratto** sottoscritto dalle parti redatto secondo le indicazioni di cui alle Raccomandazioni dell'ISS n. 11/2020 e con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, acquisizione del consenso informato, gestione dei risultati dei test, smaltimento dei rifiuti.

2) **certificato di validazione** all'analisi del tampone molecolare