



Agrigento, 11 Maggio 2021

Al Comitato Regionale C.O.N.I. Sicilia

Ai Presidenti del CC.RR
delle FF.SS, DD.AA ed EPS
della SICILIA

Ai Presidenti e o Delegati Provinciali
delle FF.SS, DD.AA e EPS della provincia di Agrigento

Al Dipartimento Prevenzione
ASP Agrigento

Oggetto: Utilizzo gratuito di test rapidi in occasione delle competizioni sportive dilettantistiche.
Modalità di richiesta ed effettuazione dello screening in provincia di Agrigento.

Il Dipartimento di Prevenzione dell' ASP di Agrigento in attuazione del protocollo tra l'Assessorato Regionale alla Salute, Assessorato Regionale dello Sport e il Comitato Regionale CONI Sicilia garantisce l'effettuazione di test antigenici presso i drive-in di: **SCIACCA, AGRIGENTO, LICATA, CANICATTI'**.

I drive-in sono aperti dalle ore 09.00 alle ore 13.00 di tutti i giorni feriali e festivi.

Hanno diritto alla somministrazione dei test: i tesserati delle Federazioni Sportive Nazionali, degli Enti di Promozione e delle Discipline Associate (atleti, allenatori, dirigenti, giudici di gara, cronometristi, medici, giornalisti) partecipanti nei vari ruoli a competizioni di livello agonistico, riconosciute di preminente interesse nazionale e inserite nel calendario ufficiale del Coni Nazionale.

Le società sportive o altri soggetti interessati **dovranno far pervenire una richiesta al Dipartimento Prevenzione dell'ASP di Agrigento all'indirizzo mail: dp.prevenzione@aspag.it, entro la giornata del lunedì antecedente l'evento sportivo o comunque con cinque giorni di anticipo**, specificando nella comunicazione il recapito telefonico e mail dell'associazione, l'elenco dei soggetti da sottoporre a test con l'indicazione dei dati anagrafici, del numero di tessera federale, la sede e la data della manifestazione a cui si deve partecipare (che deve essere inserita come gara di interesse nazionale nei calendari del CONI), la

DELEGAZIONE PROVINCIALE

92100 Agrigento – Via degli Eucalipti n. 2 - Tel. 0922 608540
e-mail: agrigento@coni.it

dichiarazione del possesso della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la sede di preferenza dove effettuare il test.

In luogo del test presso i drive-IN, può essere richiesto il ritiro dei tamponi e dei D.P.I. da parte del personale medico e sanitario operante presso l'associazione sportiva e abilitato alla somministrazione dei test. **In tal caso, nella richiesta andrà indicato anche il nominativo e le generalità della persona di riferimento che dovrà recarsi presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Agrigento (Viale della Vittoria, 321) per il ritiro dei tamponi.**

Il giorno e l'ora dell'esecuzione del test o il ritiro dei tamponi sarà comunicato o concordato con il personale del Dipartimento.

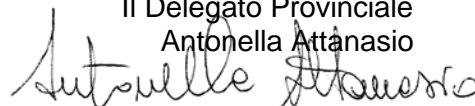
I soggetti da sottoporre a tampone **dovranno obbligatoriamente registrarsi sul portale ASPAG REGISTRAZIONE CORONAVIRUS** (<https://emergenzacovid19-aspag.clicprevenzione.it/app/f?p=105:15>) inserendo come "motivo registrazione" la voce "Altro personale" e **presentarsi nel giorno e ora concordati muniti di un documento di identità valido, della tessera sanitaria, del modulo di consenso informato allegato (in duplice copia) e del cartellino federale.**

Per eventuali chiarimenti si potranno contattare i referenti di seguito indicati:

Delegato Provinciale del CONI è la prof.ssa Antonella Attanasio tel. 348 3396134

Referente ASP di Agrigento: Dott.ssa Simeone Samantha tel.331 3757276

Il Delegato Provinciale
Antonella Attanasio



DELEGAZIONE PROVINCIALE

92100 Agrigento – Via degli Eucalipti n. 2 - Tel. 0922 608540
e-mail: agrigento@coni.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita ____/____/____
codice fiscale _____ sesso M F
indirizzo _____ città : _____
numero di telefono _____ medico di famiglia : _____
email _____
Scuola e Classe _____

dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso
- ✓ Di autorizzare al trattamento dei miei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 23 D.L.gs.

dichiaro pertanto di

VOLERMI sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

mi impegno a

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rino-faringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

devo

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo e tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

luogo _____ data _____ FIRMA _____

ESITO DEL TEST

test eseguito in data _____ alle ore _____ presso _____

ESITO

POSITIVO

NEGATIVO

firma dell'operatore che ha eseguito il test Tampone Antigenico _____