



COMUNE DI BELLOSGUARDO

Provincia di Salerno

Codice Fiscale: 82002250650 Partita IVA: 02002400659 - Tel. (0828) 965026 – Fax 965501

[PEC: comune.bellosguardo@asmepec.it](mailto:comune.bellosguardo@asmepec.it)

www.comune.bellosguardo.sa.it



AVVISO PUBBLICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI SU BASE VOLONTARIA

Premesso che questa amministrazione ha intenzione di effettuare uno screening dei soggetti più esposti al Covid-19 sul territorio comunale, tra cui:

- Dipendenti ed amministratori comunali;
- Ragazzi in età scolastica e relative famiglie;
- Associazioni di volontariato che hanno svolto un ruolo attivo nella prevenzione da Covid-19;
- Persone più esposte secondo le linee tecniche del comitato tecnico scientifico.

Premesso inoltre che con delibera n.89 del 23/11/2020 e successiva Determinazione n.51 del 07/12/2020 è stato assunto l'impegno di spesa per n.200 tamponi antigenici rapidi per Sars-Cov-2;

Considerato che la partecipazione alla somministrazione dei tamponi è da considerarsi su base esclusivamente volontaria

SI AVVISANO

I cittadini interessati a partecipare alla somministrazione di comunicare, entro tre giorni dalla pubblicazione dell'avviso, la propria disponibilità compilando il modulo allegato all'avviso.

Il modulo deve essere consegnato via mail all'indirizzo protocollo@comune.bellosguardo.sa.it e solo in via eccezionale può essere consegnato a mano all'ufficiale di polizia municipale.

Dopo aver raccolto le disponibilità verrà comunicato, attraverso i canali istituzionali, un calendario per la somministrazione.

Bellosguardo, 15/12/2020

Il Sindaco
Dott. Giuseppe Parente



**MODULO CONSENSO ESECUZIONE
TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO**

**Al Comune di Bellosguardo (SA)
c.a. Centro Operativo Comunale**

(Scrivere in stampatello in formato leggibile)

IO SOTTOSCRITTO/A cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

cellulare _____

email _____

indirizzo _____

città _____ provincia _____

**In qualità di cittadino/a, privo di sintomi e che non osserva la quarantena
presto il consenso all'esecuzione del tampone antigenico naso-faringeo**

(barrare il caso che ricorre)

per me stesso/a;

per figlio/a minore:

cognome e nome _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

cognome e nome _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

cognome e nome _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____