UNIONE EUROPEA

Istituto di Istruzione Superiore
"ORSO MARIO CORBINO"
via Verona, 2 - 90047Partinico(PA) tel. 091 8902015 – fax 0918906219
e-mail: pais034005@istruzione.it PEC: pais034005@pec.istruzione.it sito WEB: www.iis-orsocorbino.gov.it

I.I.S. "Orso Mario Corbino" - Partinico
Prot. 0005888 del 13/05/2021
(Uscita)

Circolare n. 313

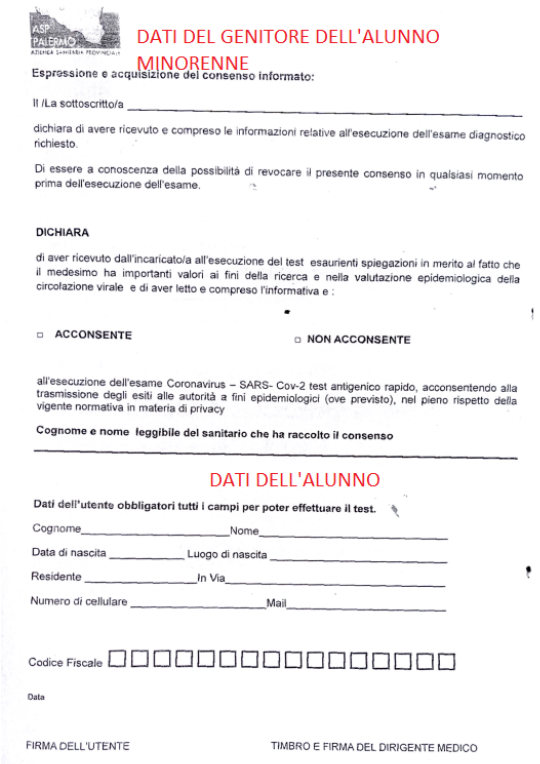
ALUNNI
GENITORI
DOCENTI
DSGA
PERSONALE ATA

Oggetto: **SCREENING SCOLASTICO DEL 20 MAGGIO 2021**

Si comunica che in data 20 maggio 2021 si terrà a partire dalle ore 10.00 presso il nostro Istituto uno screening per la ricerca del SARS-CoV 2 mediante l'utilizzo di test rapidi, a cura del personale medico dell'USCAS.
Gli studenti e tutto il personale scolastico potranno sottoporsi al test antigenico su base volontaria.
Lo screening si effettuerà in palestra.
Le classi in presenza si recheranno in palestra accompagnate dal docente dell'ora previa comunicazione della Presidenza.
Gli alunni in DAD che vorranno sottoporsi allo screening entreranno dalla Via Taranto dalle ore 10.00. La loro assenza dalle lezioni sarà giustificata e non sarà conteggiata.
Gli alunni minorenni dovranno:

1) far compilare e firmare il modulo allegato alla presente dai genitori, che avranno cura di includere anche ***copia del proprio documento di riconoscimento***
2) far compilare e firmare dai genitori la delega allegata alla presente.

ISTRUZIONE PER LA COMPILAZIONE PER ALUNNI MINORENNI



DATI DEL GENITORE DELL'ALUNNO MINORENNE

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____

dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto.

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

□ **ACCONSENTE** □ **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2 test antigenico rapido, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

_____

DATI DELL'ALUNNO

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome_____Nome_____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____In Via_____

Numero di cellulare _____Mail_____

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

Data

FIRMA DELL'UTENTE TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Francesca Adamo
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 c. 2 D.Lgs. n. 39/93