



Ministero dell'Istruzione
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO PONTECORVO 1



Via San Giovanni Battista snc, 03037 Pontecorvo (FR) - Tel 0776/760158 FAX 0776/700513 - sito web: www.ic1pontecorvo.edu.it
C.F. 90032260607 - codice mec. FRIC85300N - indirizzo email: fric85300n@istruzione.it pec: fric85300n@pec.istruzione.it

Prot. n° 3540

Pontecorvo, 11/05/2021

Ai docenti
Ai genitori degli alunni
Scuola primaria Caramadre e Melfi di Sopra
AL DSGA
Al personale ATA
SITO WEB – R.E.

Comunicazione n. 181

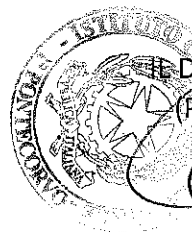
OGGETTO: screening anticovid scuola primaria plessi scuola primaria Caramadre e Melfi di Sopra

Con la presente si comunica che la ASL di Frosinone per l'effettuazione della campagna di screening anticovid nella scuola primaria plessi Caramadre e Melfi di Sopra ha predisposto **test antigenici eseguiti mediante tamponi salivari** che verranno effettuati nella settimana dal 24 al 30 maggio 2021 presso palestra o cortile esterno dei plessi.

I genitori che intendono aderire compileranno e firmeranno il modulo di adesione e consenso informato che si allega alla presente.

Si precisa che il modulo, scaricabile dalla bacheca del registro elettronico oppure dal sito web della scuola deve essere consegnato entro e non oltre VENERDI' 14 maggio 2021 all'insegnante di classe e tramite i fiduciari di plesso agli uffici di segreteria.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Cinzia Vettese)





CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ e residente a _____
in via _____
genitore (o tutore legale) di _____
nato il _____ a _____ acconsente,
che il personale sanitario dell'Azienda ASL sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di
SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica frequentata. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test
(tampone antigenico o molecolare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ASL
sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili. Resta inteso che lo scrivente dovrà essere
informato preventivamente dell'esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento
della sua effettuazione. **E' NECESSARIO PRESENTARSI MUNITI DI TESSERA SANITARIA**
Luogo e data, _____ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza
altresi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE
2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e
del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per la finalità sopra indicata.

Luogo e data, _____ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____