



Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado
"Leonardo DA VINCI" - Autonomia 158 -
Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) - Telef./ Fax 0974/64009
E-mail SAIC866002@istruzione.it / saic866002@pec.istruzione.it
C.F. 90009630659 - www.icomignano.edu.it

AVVISO

Oggetto: - Screening COVID - 19 - TAMPONI Antigenici.

Si **COMUNICA** ai Sig.ri **GENITORI, Alunni, Conviventi, Docenti** e personale **A.T.A.** che hanno aderito allo *screening* in oggetto che i **TAMPONI** Antigenici verranno effettuati, a cura dell'ASL/Salerno - Azienda Sanitaria Locale - Distretto Sanitario n° 70 - USCA - Vallo della Lucania, **DOMENICA 29 novembre 2020** presso il **"Palazzetto dello Sport"** di **OMIGNANO Scalo**.

Al fine di evitare assembramenti e garantire la necessaria sicurezza si accederà e sosterrà in auto in attesa del proprio turno.

Si invitano, pertanto, gli interessati a rispettare rigorosamente le sottostanti **fasce orarie** e compilare l'**allegato modello, in duplice copia**.

9:00/9:50

INFANZIA (Omignano /Pagliarole /Fasana) + PRIMARIA di San MANGO C.to;

9:50/10:35

DOCENTI/A.T.A. + 1^ MEDIA di OMIGNANO Scalo + 1^ Media di SESSA C.to + PRIMARIA di STELLA C.to;

10:35/11:20

PRIMARIA di OMIGNANO Scalo – Classi 1^ A / 1^ B / 2^ Unica;

11:20/12:10

PRIMARIA di OMIGNANO Scalo – Classi 3^ Unica / 4^ A / 4^ B / 5^ Unica;

12:10/13:00

PRIMARIA di CORTICELLE di Lustra Cilento.

Confidando nella consueta e fattiva collaborazione, si porgono cordiali saluti



Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Loredana NICOLETTI

Asl Salerno

Azienda Sanitaria Locale

Distretto Sanitario n°70

USCA – Vallo della Lucania

Si attesta che:

il/la sig. \ra _____ nato/a il _____
residente a _____ in via _____
C.F. _____
recapito telefonico _____, cell. _____
ha effettuato il tampone antigenico rapido in data _____
con esito _____.

Vallo della Lucania, _____

Timbro e firma _____