



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; www.icomignano.edu.it C.F. 90009630659
saic866002@pec.istruzione.it

Ai Signori GENITORI
degli alunni frequentanti le Scuole
del Comune di OMIGNANO

Ai DOCENTI
Al DSGA
Al Personale ATA

All'ALBO
Al Sito WEB
Agli ATTI

Oggetto: - Screening scolastico COVID - 19.

In riferimento all'iniziativa posta in essere dall'amministrazione comunale di Omignano relativa all'attività di sorveglianza di tipo preventivo contro la diffusione del virus COVID – 19, l'Istituzione scolastica ha predisposto lo screening di cui all'oggetto per gli alunni iscritti e frequentanti le scuole operanti sul territorio comunale di Omignano al fine di garantire lo svolgimento delle attività didattiche in sicurezza e in presenza.

Le operazioni di screening, su base volontaria, saranno organizzate nei locali della palestra dell'Istituto per martedì 18 gennaio 2022 dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e saranno effettuate dal personale sanitario.

Per gli alunni è prevista la manifestazione di consenso alla partecipazione a firma dei genitori.

Si allegano, alla presente, il modulo di consenso all'esecuzione del test rapido nasale per la rilevazione dell'antigene del Coronavirus e il modulo per il tracciamento dei dati.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. *Antonio Napolitano*

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO
NASALE PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Il/La sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla
ricerca dell'antigene del coronavirus.

Luogo e data _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza
altresì, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 modificato dal D. Lgs. 101/2018 e del GDPR 679/2016, con la
sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio
figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile)

MODULO TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO COVID19 PER IL TRACCIAMENTO DEI DATI AI

(da presentare al momento dell'esecuzione del tampone)

Cognome e Nome _____ C.F. _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo di domicilio _____ Comune _____ Provincia _____

N. cellulare _____ Email _____

Esito del test:

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo
- ☐ Dubbio
- ☐ Invalido

Operatore che ha letto l'esito del test:

Nome e Cognome _____ Qualifica _____

Firma _____

In caso di esito **positivo** del test, la positività all'infezione da SARS CoV-2 deve essere confermata con un secondo tampone nasofaringeo eseguito con metodo molecolare (ricerca dell'RNA virale) entro 12 ore.

Considerata l'alta specificità del presente test, i contatti stretti dovranno comunque essere messi in quarantena prima dell'esito del tampone per la ricerca del genoma virale.