

Protocollo: Protocollo 0004620/E del 23/11/2021 09:40 - VIII.1 - Comune

Data ed ora messaggio: 22/11/2021 15:24:22

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Giornata screening popolazione scolastica

Da: "Per conto di: ufficioprotocollo.santagatadiesaro@pec.it" <posta-certificata@pec.aruba.it>

A: csic863009@pec.istruzione.it

Messaggio di posta certificata

Il giorno 22/11/2021 alle ore 15:24:22 (+0100) il messaggio
"Giornata screening popolazione scolastica" è stato inviato da
"ufficioprotocollo.santagatadiesaro@pec.it"

indirizzato a:

csic863009@pec.istruzione.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: opec296.20211122152422.00624.221.1.66@pec.aruba.it

Totale allegati presenti nel messaggio: **3**

smime.p7s

dati-cert.xml

post-cert.eml

Data ed ora messaggio: 22/11/2021 15:24:21

Oggetto: Giornata screening popolazione scolastica

Da: "ufficioprotocollo.santagatadiesaro@pec.it"

A: csic863009@pec.istruzione.it

In allegato comunicazione giornata screening e modulo consenso da distribuire a docenti, personale scolastico e minori che vorranno sottoporsi al test antigenico rapido da riconsegnare al personale sanitario che effettuerà i test.

Per una migliore organizzazione si prega di compilare modulo prima e si procederà per classi o categoria docente e personale scolastico.

Sicuro di una proficua collaborazione, invio i più cordiali saluti.

Il Sindaco

Mario Nocito

Totale allegati presenti nel messaggio: **2**

doc00759620211122123751.pdf

modulo consenso TEST ANTIGENICO RAPIDO.pdf



COMUNE DI SANT'AGATA DI ESARO

PROVINCIA COSENZA

Via P. Bellanova, 8

TEL. 098162890-1 FAX 098162900 – P.I. 00394550784 C.C.P. 12617890

E-mail: comunesagatadesaro@alice.it

Pec: ufficioprotocollo.santagatadiesaro@pec.it

Prot. 5147

Sant'Agata di Esaro, 22.11.2021

All'Istituto Omnicomprensivo di Malvito

Dott.ssa Marietta IUSI

csic863009@pec.istruzione.it

Oggetto: Giornata screening popolazione scolastica

Con la presente si informa che, di concerto con l'Asp, è intenzione dell'Amministrazione comunale effettuare una giornata screening da tenersi venerdì 26 novembre nel cortile scolastico a partire dalle ore 9:00, rivolto a docenti, personale scolastico e alunni.

Sicuro di un suo riscontro positivo, invio i più cordiali saluti.



Il Sindaco

Mario Nocito

Comune di Sant'Agata di Esaro

TEST ANTIGENICO RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19

Codice Test Riservato n. _____

In data _____ alle ore _____ Presso _____

il Sig./ra _____ Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Cellulare _____

Medico Curante Dr. _____

Altro _____

Si è sottoposto al Tampone Rapido per lo screening Ricerca Antigeni SARS-CoV-2\COVID-19, avente Codice Riservato, ed ha ottenuto il seguente risultato validato:

NEGATIVO **POSITIVO**

Il test è stato eseguito su autorizzazione del Sig./ra _____ che pertanto ha sottoscritto il presente consenso Informato, dichiarando di essere a conoscenza:

- 1. Del motivo** per cui si esegue l'esame indicato (Ricerca Antigeni virali SARS-CoV-2\COVID -19).
- 2. Che** la campagna di screening avviata ha la finalità di gestire l'Emergenza Sanitaria da nuovo Coronavirus "**COVID – 19**", allo scopo di contenere la diffusione dei contagi e potenziali focolai;
- 3. Che** La campagna di screening per la ricerca del virus SARS Cov-2 è effettuata ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 0031400-29/09/2020- DGPRES-DGPRES-P, che ha consentito l'uso dei test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2; del Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (v. Rapporto n. 4/2020 del 24-08-2020), dall'Ordinanza Regione Calabria n. 55/2020 del 16-07-2020, dall'Ordinanza Regione Calabria n. 79/2020 del 23-10-2020 e dall'Ordinanza Regione Calabria n. 80/2020 del 25-10-2020 e relative leggi nazionali.
- 4. Che** eventuale positività riscontrata con il test antigenico rapido prevede consequenziali iter specifico di cui conosce le procedure, compresa la comunicazione dei contatti stretti (**comunicazione al MMG ed alle Autorità Sanitarie Competenti per territorio e medico Competente di struttura**).
- 5. di essere** stato informato e di aver avuto chiare ed esaustive spiegazioni sul test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Sant'Agata di Esaro, _____

Il Medico/Infermiere

Firma

Comune di Sant'Agata di Esaro

TEST ANTIGENICO RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19

CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE
DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 SU MINORE

Il sottoscritto _____ nato il
_____ a _____ e
residente a _____ in via
_____ in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di
_____ nato il
_____ a _____
che frequenta la Scuola _____ Classe _____
acconsente che il proprio figlio/a si sottoponga al test di screening per la
ricerca di SARS-CoV-2

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 altresì, 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 le finalità sopra indicate.

Luogo e data _____

Il genitore/tutore legale
(firma leggibile)
