MINISTERO DELLA ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA
Istituto Comprensivo Statale "Politeama"
Piazza Castelnuovo, 40 – 90141 Palermo- Tel. 091-331037 – Fax 091-304720 - C.F. 97163050822
www.icspoliteama.it e-mail: paic890009@istruzione.it paic890009@pec.istruzione.it

Prot.n. 1957 **Palermo, 18 febbraio 2021**

Comunicazione n.244

Ai genitori
Ai docenti
Al personale ATA
Al personale comunale
Aree riservate del sito istituzionale della scuola
NEWS

Oggetto: Attività di screening SARS COV 2

Si rende noto che l'USCA DS42 ha comunicato la disponibilità ad effettuare lo screening di cui all'oggetto in data **28 febbraio** presso il nostro Istituto, per **n.500 utenti** (alunni e personale scolastico). Per aderire all'iniziativa occorre comunicare la disponibilità a sottoporsi al test entro le ore 10:00 del giorno 22 febbraio 2021 a questa Istituzione per il tramite dei coordinatori di classe/docenti prevalenti che, a loro volta, consegneranno gli elenchi con i nominativi ai responsabili di plesso. Si ricorda che, prima di sottoporsi al test per SARS COV 2, bisogna consegnare il consenso informato (format in allegato) ed il format già compilato per la parte anagrafica (Allegato 3). Seguiranno comunicazioni circa la modalità operativa (luogo, data, ecc…) a seguito dell'acquisizione delle adesioni.
Si avverte che in caso di adesioni superiori al numero previsto dall'USCA questa provvederà a riorganizzare il sevizio di cui all'oggetto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Aurora Fumo

ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	**Consenso informato tampone Test antigenico rapido Covid-19**	**USCA DS 42**

Generalità del Soggetto sottoposto all'esame

Sig. / Sig.ra_____nato/a

_____ il_____residente a _____

in Via/Piazza_____telefono_____

C.F._____e-mail: _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra_____nato/a_____il _____

residente a_____in Via/Piazza_____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro: _____

n._____rilasciato il_____da _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra_____nato/a_____il _____

residente a_____in Via/Piazza_____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro: _____

n._____rilasciato il_____da _____

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.
Di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione dell'esame 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 del tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 (nuovo coronavirus) con kit "ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag", acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Palermo,_____ FIRME DEI GENITORI

Allegato n. 3

REFERTO
TEST ANTIGENICO RAPIDO ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. 41FK10

Data_____Ente_____

Cognome_____Nome_____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____Residente in via_____

_____

Numero di cellulare _____Mail_____

Tipo di ESITO	Risultato del Test (Segnare con croce in corrispondenza del risultato riscontrato)
POSITIVO**	
NEGATIVO	
INVALIDO**	

*** Nel caso di risultato positivo e/o invalido la struttura/ente dovrà eseguire il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico.*

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test (a stampatello)

_____

Struttura presso la quale è stato eseguito:_____

Data

Firma di chi ha eseguito il test _____