



Circolare n. 194 del 18 febbraio 2021

A TUTTO IL PERSONALE
AI GENITORI DEGLI
ALUNNI
AL SITO WEB
AI DSGA

OGGETTO: SCREENING TAMPONI RAPIDI

Si comunica a tutto il personale e ai genitori degli alunni che è stato avviato dalle Usca dell'Asp lo screening di massa nelle scuole di Palermo, rivolto a studenti, insegnanti e personale non docente. Lo screening presso la nostra Istituzione Scolastica è previsto secondo le seguenti modalità:

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

🚦 24-02-2021 dalle ore 9:30 alle ore 13:30 - presso il laboratorio scientifico.

SCUOLA PRIMARIA

PLESSO COSTA

🚦 25/02/2021 dalle 14:30 alle ore 18:30 – presso ANDRONE VIA UGHETTI.

PLESSO GIOBERTI

🚦 26/02/2021 dalle 14:30 alle ore 18:30 – presso l'atrio.

Dovendo informare il Dipartimento relativamente al numero dei partecipanti al suddetto screening (si accetta una discrepanza del 10%) invito tutti gli interessati a far pervenire entro le ore 10,00 di sabato 20 febbraio 2021 la propria adesione compilando il modulo pertinente alla categoria di appartenenza:

- **Personale scolastico:** <https://forms.gle/LVRFDP44x7gAvvxq6A>
- **Genitori per i figli nostri alunni:** <https://forms.gle/6HPcgq3CUvwYyy9HA>





Istituto Comprensivo Statale
“Domenico Scinà – Gaetano Costa”
Indirizzo Musicale
Palermo



La prenotazione è valida solo ai fini della comunicazione al Dipartimento di Prevenzione della ASP di Palermo del numero di adesioni.

Per effettuare lo screening in tempi rapidi, le persone interessate dovranno presentarsi con i moduli del consenso informato e referto test antigenico (allegati alla presente circolare) già stampati e compilati.

I docenti in servizio nella classe, accompagneranno gli alunni durante l'ora in cui verranno chiamati per l'effettuazione dello screening.

Nel precisare che lo screening è su base volontaria, si ricorda che l'avvio della mappatura nelle scuole rappresenta una misura preventiva per frenare i contagi Covid.

Si allega la modulistica che andrà presentata il giorno dello screening debitamente compilata.

Si confida in una proficua collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Mariangela Ajello

(Firma Autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3,
comma 2, del D. Lgs. N. 39 del 1993)



Via Giuseppe Li Bassi 60, 90128, Palermo
Tel. 091 486725 | Fax 091 6575444
C.F. 97251100828 | www.icscina-costa.edu.it
paic8ac00x@istruzione.it | paic8ac00x@pec.istruzione.it





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

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 _____