



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
" ALESSANDRO MANZONI "**

Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Via Madonna del Carmine s.n.c. 90040 Montelepre (PA) Tel. 091.8984230

E-mail : paic862005@istruzione.it - paic862005@pec.istruzione.it

<http://istitutocomprensivomanzonipa.edu.it/>

I.C.S.- "A. MANZONI"-MONTELEPRE
Prot. 0001285 del 15/03/2021
(Uscita)

- Al Sig. Sindaco del Comune di Montelepre
- A tutto il personale scolastico in servizio nei plessi di Montelepre
- A tutti i genitori e gli alunni dei plessi di Montelepre
- All'albo e al sito web

Circolare n. 245

• Al DSGA

**OGGETTO: SCREENING COVID 19 RIVOLTO AD ALUNNI E PERSONALE DEI PLESSI
SCOLASTICI DI MONTELEPRE**

Con la presente si informa che Sabato 20 Marzo 2021, con inizio alle ore 10:00, presso il campetto di basket adiacente il plesso Giovanni XXIII in Largo Ospedale a Montelepre, si terrà uno screening covid 19 che coinvolgerà prioritariamente gli alunni, le insegnanti e i genitori delle classi poste in quarantena e a seguire, su base volontaria, gli alunni e il personale scolastico rimanente. Lo screening sarà effettuato dal personale dell'USCA Scolastica Palermo Ovest - Distretto 41.

SCANSIONE ORARIA PURAMENTE INDICATIVA DELLO SCREENING

Classi in quarantena

Ore 10,00 Sezione D scuola dell'infanzia
Ore 10,30 Classe 4B scuola primaria
Ore 11,00 Insegnanti

Scuola Primaria

ORE 11,10	classi prime
ORE 11,30	classi seconde e terze
ORE 11,50	classi quarte
ORE 12,10	classi quinte
ORE 12,30	PERSONALE SCOLASTICO

Scuola Secondaria di primo grado e infanzia

ORE 12,50	classi dell'infanzia
ORE 13,10	classi prime scuola secondaria di I grado
ORE 13,30	classi seconde scuola secondaria di I grado
ORE 13,50	classi terze scuola Secondaria di I grado

N.B. – TUTTI GLI ALUNNI DOVRANNO ESSERE ACCOMPAGNATI DAI GENITORI

Gli orari indicati nella presente circolare sono da considerarsi indicativi. La scansione oraria sarà comunque meglio specificata sul posto con la collaborazione delle rappresentanti dei genitori. Considerata l'importanza, la straordinarietà e la gratuità della iniziativa, si invitano i sigg. genitori a far partecipare i loro figli allo screening in oggetto, che si prefigura come un fondamentale momento di prevenzione e sicurezza per tutta la comunità di Montelepre. Si coglie l'occasione per ringraziare, in anticipo, ulteriormente tutti per la collaborazione che dimostreranno per questa importante iniziativa.

Per facilitare e accelerare le procedure si consiglia di presentarsi con i moduli allegati già compilati.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Rosa Maria Rizzo
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art.3 del D.Lgs. n. 39/93



**Consenso informato
Tampono nasofaringeo per la ricerca di
SARS Cov2**

Mod. 01CITS-COV-19/2020
Dipartimento di Diagnostica
di Laboratorio

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____ 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.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del tampono nasofaringeo 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 dell'esame tampono nasofaringeo per la ricerca di Coronavirus – SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

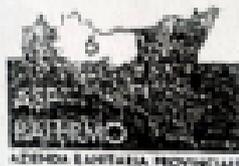
Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO



Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
 Direttore Dott.ssa Teresa Barone
 Laboratorio di Biologia Molecolare
 tel 0917033302

Allegato 2

REFERITO TEST RAPIDO Antigenico SARS COV-2

COVID 19 AG TEST(ABBOTT) REFERENCE CE -IVD: REF 41FK10

Data _____ ASP PALERMO USCA 2 PARTINICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente _____

in Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

ESITO (mettere una crocetta nei test)	TEST AG Rapido
**POSITIVO	
NEGATIVO	
**INVALIDO	

** Per i risultati dubbi e/o positivi dovrà essere effettuato tampone rinofaringeo standard e dovrà essere data comunicazione al Dipartimento di Prevenzione

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

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____