



**ISTITUTO COMPRESIVO 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. 0001855 del 15/04/2021
(Uscita)

- **A tutti i docenti della classe
4B scuola Primaria
di Montelepre**

- **Ai genitori degli alunni della classe
4B scuola Primaria
di Montelepre**

All'albo e al sito web

e per conoscenza al DSGA

Circolare n. 271

**OGGETTO: Fine isolamento alunni e insegnanti classe 4B scuola primaria di
Montelepre**

Vista la nota dell'U.S.C.A.S. Palermo Ovest pervenutaci con pec del 14/04/2021, si comunica che giorno 19/04/21 alle ore 11.30 la classe e i docenti in oggetto effettueranno i tamponi di fine isolamento presso il l'Auditorium Giovanni Paolo II a Montelepre.

In allegato i moduli del consenso informato e del referto da compilare.

Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Rosa Maria Rizzo
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art.3 del D.Lgs. n. 39/199



ISTITUTO _____

CLASSE _____

INFANZIA PRIMARIA MEDIA SUPERIORE ALTRO (DOCENTI, ATA...)

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____
(NOME GENITORE NEL CASO DI MINORI)

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 test 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 Coronavirus – SARS- Cov-2 test antigenico rapido, 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 DI CHI RICEVE IL TEST ANTIGENICO

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 _____