



**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. 0002189 del 04/05/2021
(Uscita)

- **A tutti i genitori ed alunni dei plessi di Montelepre**
- **A tutti i docenti dei plessi di Montelepre**
- **A tutto il personale docente e ATA dei plessi di Montelepre**
- **All'albo e al sito web**

Circolare n. 290

e per conoscenza al DSGA

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

Con la presente si informa che Venerdì 07 Maggio 2021, con inizio alle ore 09,30 presso il campetto di basket adiacente il plesso Giovanni XXIII in Largo Ospedale a Montelepre, si terrà uno screening covid 19 su base volontaria per il tracciamento del contagio da Covid-19 dedicato a tutti gli alunni e al personale dell'istituto comprensivo "A. Manzoni" frequentanti i plessi di Montelepre. Lo screening sarà effettuato dal personale dell'USCA Scolastica Palermo Ovest - Distretto 41.

SCANSIONE ORARIA PURAMENTE INDICATIVA DELLO SCREENING	
Scuola Primaria	
ORE 09.30	classi prime seconde e terze
ORE 10.00	classi quarte e quinte
Scuola dell'infanzia	
ORE 10.30	Tutte le sezioni
ORE 11.00	Docenti e personale ATA
Scuola Secondaria di primo grado	
ORE 11.30	Classi prime seconde e terze

Per la scuola primaria e dell'infanzia i genitori degli alunni che decidono di fare il tampone preleveranno i propri figli all'orario stabilito e una volta terminate le operazioni li riaccompagneranno al plesso.

I genitori degli alunni della scuola secondaria di primo grado che decidono di fare effettuare il tampone al proprio figlio firmeranno l'apposita autorizzazione per l'uscita anticipata alle ore 11,15 del 07-05-2021.

Allegati: Modulo consenso informato, modulo referto, autorizzazione all'uscita.

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



**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/>

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA ANTICIPATA PER SCREENING COVID
19 RIVOLTO**

I sottoscritti.....genitori dell'alunno/a
.....frequentante la classe.....della scuola
secondaria di primo grado di Montelepre

autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad uscire alle ore 11,15 per recarsi al campo di basket adiacente il plesso Giovanni XXIII in Largo Ospedale a Montelepre per effettuare il tampone così come previsto dalla circolare n. 290. **Gli alunni possono fare il tampone solo se accompagnati dai genitori.**

Lo screening sarà effettuato dal personale dell'USCA Scolastica Palermo Ovest - Distretto 41.

Firma dei genitori

.....

.....



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

REFERTO 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 _____