



**Istituto Comprensivo "F. D'ASSISI – NICOLA AMORE"**

Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado (con sezione a indirizzo musicale)

80048-SANT'ANASTASIA (NA) – Via Verdi,72

Tel. 081/8930723/8930709 – 081/9762332

Cod. Mecc NAIC8GU00E – C..F. 95246120638

e-mail [naic8gu00e@istruzione.it](mailto:naic8gu00e@istruzione.it)

pec [naic8gu00e@pec.istruzione.it](mailto:naic8gu00e@pec.istruzione.it)

Prot. n. 5801 /IV.8

Sant'Anastasia, 09/12/2021

Ai genitori degli alunni della scuola primaria e  
Scuola secondaria di primo grado  
Ai docenti della scuola primaria e secondaria di primo grado

**Oggetto: SCREENING COVID 19 RIVOLTO AD ALUNNI SCUOLA PRIMARIA E  
SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Con la presente s'informa che l'Amministrazione del Comune di Sant'Anastasia , ai fini della prevenzione e del contenimento dell'emergenza epidemiologica del Covid 19 , intende porre in essere un'azione di monitoraggio dei contagi in tutti i plessi scolastici , tramite test rapidi , ripetuti per tre volte a distanza di almeno un mese dall'ultima somministrazione .

I test rapidi saranno effettuati da personale paramedico , muniti di camper ed automedica , al di fuori di ciascun plesso o nelle palestre .

Le date individuate per la campagna di screening sono le seguenti :

**PRIMA SOMMINISTRAZIONE 13 dicembre – 22 dicembre 2021 (esclusi sabato e domenica ) dalle ore 8,30 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00 ( solo per classi a tempo pieno ) ;**

**SECONDA SOMMINISTRAZIONE dal 10 gennaio al 19 gennaio 2022 (esclusi sabato e domenica ) dalle ore 8,30 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00( solo per classi a tempo pieno ) ;**

**TERZA SOMMINISTRAZIONE dal 7 marzo al 16 marzo 2022 (esclusi sabato e domenica ) dalle ore 8,30 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00( solo per classi a tempo pieno ).**

Chi intende far sottoporre i propri figli al test rapido dovrà compilare il format del consenso preventivo , allegato alla presente , stamparlo e consegnarlo , entro venerdì 10 dicembre , (tramite i bambini ) al proprio insegnante /coordinatore che provvederà a consegnarlo al relativo referente di plesso , affinché sia acquisito agli atti .

Certa della fattiva collaborazione di tutti , porgo cordiali saluti

*Il Dirigente Scolastico*

*Dott.ssa Angela De Falco*

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3del D. Lgs. N39/1993

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV- A SCUOLA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ acconsente in via preventiva che il personale sanitario , messo a disposizione dal comune di Sant'Anastasia, sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rapido presso il plesso scolastico frequentato.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Il genitore/tutore legale (firma leggibile)  
\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Il genitore/tutore legale (firma leggibile)  
\_\_\_\_\_