



III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. BRIOSCO"

Scuole dell'infanzia, primarie e secondaria di I grado



Via Lippi, 11 - 35134 Padova (PD)
Tel. 049 619116 – Fax 049 8644736
C.F. 92199040285 – C.Uff. UFMU7Q



E-mail: pdic888005@istruzione.it
Pec: pdic888005@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icbriosco.edu.it

Circ. n. 173

Padova 26/02/2021

Ai docenti
Al personale ATA
del plesso "A. Briosco"
e p.c. al DSGA

OGGETTO: Tampone preventivo a scopo precauzionale a tutto il personale del plesso "A. Briosco"

In seguito al riscontro di casi di positività a COVID-19 in codesto istituto, per l'applicazione del principio di precauzione, si avvisano i docenti ed il personale scolastico **indicatoci dalla scuola** che dovranno effettuare un **TAMPONE a scopo preventivo** il giorno **27/02/2021** alle ore **10.00** presso il **Complesso Socio-Sanitario dei Colli, Via dei Colli, 6/4 (Padiglione 2 - Ambulatori di Diabetologia - ingresso laterale, seguendo le apposite indicazioni).**

Tale procedura è riservata ai docenti e al personale indicati dalla scuola.

Se il TAMPONE E' NEGATIVO, i docenti dovranno presentare una copia del referto al Referente Covid/Direzione Scolastica che è autorizzato/a a riammetterli alla frequenza scolastica.

Se il TAMPONE E' POSITIVO, il docente sarà posto in isolamento e potrà riprendere la frequenza scolastica con certificazione di fine contumacia rilasciata dal proprio Medico Curante.

Il risultato del tampone effettuato può essere visualizzato attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale se attivato.

Si ringrazia per la collaborazione.
Cordiali saluti

F.to Dr.ssa Ivana Simoncello
Il Direttore U.O.C. Servizio Igiene Sanità Pubblica

Il Dirigente Scolastico
Prof. Stefano Rotondi

Referente COVID: Prof.ssa Maria Carnazzo, Prof. Paolo Cardella

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato/a il _____ a _____

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato o sede individuata dalla AULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvista la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

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) _____