



REGIONE SICILIA



**I.P.S.S.E.O.A "FRANCESCO PAOLO CASCINO"
PALERMO**

I.P.S.S.A.R. "F.P. CASCINO" - PALERMO
Prot. 0003791 del 09/02/2021
(Uscita)

Palermo, 09 /02/2021

CIRCOLARE

**Al sito web della scuola
Ai Sigg. Docenti
Agli alunni
Alle famiglie
Al personale A.T.A
Al Responsabile della succursale
Al D .S .G .A.**

OGGETTO: SCREENING TAMPONI PER ALUNNI - DOCENTI E PERSONALE DELLA SCUOLA.

Si informano le famiglie, gli alunni e tutto il personale docente ed A.T. A che, nell'ambito delle attività volte al contrasto della diffusione del COVID 19, **in data 18. 02.2021**, presso la sede centrale dell'istituto, via Giovanni fattori 60, dalle ore **09:00 alle ore 13:30** sarà effettuata l'attività di screening mediante esecuzione di tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 con kit" ABBOT PANBIO COVID -19 Ag".

Per aderire a tale iniziativa che, com'è noto è su base volontaria, è necessario compilare e sottoscrivere l'allegato **" Consenso informativo "** che dovrà essere inoltrato entro e non oltre **mercoledì 10 febbraio p.v :**

- ✓ dal personale docente alla F.S prof.ssa Sanfilippo all'indirizzo mail :
antonella.sanfilippo@alberghierocascino.edu.it
- ✓ dal personale A.T.A all' A.A. Sig. Citarda all'indirizzo mail:
marila.citarda@alberghierocascino.edu.it

Gli studenti maggiorenni sottoscriveranno il consenso e lo invieranno ai coordinatori di classe così come gli studenti minorenni che dovranno produrre il consenso sottoscritto da entrambi i genitori. I coordinatori di classe una volta acquisiti i consensi degli alunni interessati allo screening , li inoltreranno entro giovedì 11 febbraio p.v alla F.S prof.ssa Ammavuta all'indirizzo mail :
cinzia.ammavuta@alberghierocascino.edu.it

Ulteriori informazioni circa le modalità organizzative dello screening saranno comunicate con successiva circolare.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lucia Assunta Ievolella



**Consenso informato tampone Test
antigenico rapido Covid-19**

USCA DS 42

Generalità del Soggetto sottoposto all'esame

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____
C.F. _____ e-mail: _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

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.

Di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione dell'esame 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 del tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 (nuovo coronavirus) con kit "ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag", acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Palermo, _____

FIRME DEI GENITORI