



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di CASIER

Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado – Via Peschiere, 16 - 31030 DOSSON DI CASIER (TV)

Tel. 0422 380848/491560 - Cod. meccanografico: TVIC82300C

✉ mail: info@iccasier.edu.it Pec: TVIC82300C@PEC.ISTRUZIONE.IT – Web: www.iccasier.edu.it

Cod. Fisc. 80017580269 - IBAN: IT 79 J 01030 61960 000000649878



Dosson, 07 ottobre 2020

Circolare n. 45

Ai Genitori
Al Personale
dell'Istituto Comprensivo di Casier

Oggetto: eventuale test rapido per effettuazione test screening Covid-2 a scuola - acquisizione del consenso informato preventivo

Le linee di indirizzo della regione Veneto del 02.10.2020 "per la gestione dei contatti di casi confermati di Covid-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia", prevedono, in presenza di un caso di confermata positività, che il SISP (operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica) debba programmare il "Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2" a tutti i contatti individuati al tempo zero. A tal fine, in collaborazione con il Referente COVID-19 della Scuola e sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, i tamponi antigenici nei contatti scolastici, potranno essere effettuati direttamente nel contesto della struttura scolastica da parte di un operatore sanitario (Assistente Sanitario, Medico, Infermiere) avvalendosi anche del supporto dei medici delle USCA laddove necessario.

L'adesione a tale modalità potrà avvenire previa acquisizione del consenso da parte del genitore (o tutore legale del minore) anche in forma preventiva rispetto al verificarsi del caso confermato. Si allega il modulo, che compilato e firmato, potrà essere consegnato direttamente ai docenti coordinatori di classe/interclasse che provvederanno a farlo pervenire in segreteria.

La raccolta preventiva di detti moduli si rende necessaria per ottenere in poche ore il risultato del monitoraggio della classe coinvolta in caso di presenza di uno o più casi di confermata positività. **La ULSS2 applicherà agli alunni/e della classe per i quali non sarà pervenuto il consenso, la stessa procedura riservata per i confermati positivi.**

Si raccomanda di consegnare tale modulo nel più breve tempo possibile.

Si ringrazia per la collaborazione.

Coll.DS A.Asti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
f.to Nicola LABATE

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 dlgs 39/1993*

ALLEGATO 2

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

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente a _____

in via

genitore (o tutore legale) di _____

nato 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, 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) _____