



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“Leonardo da Vinci”

Via Barone - 95045 MISTERBIANCO (CT)

CODICE MECCANOGRAFICO CTIC836004

TEL. 095/7556931 – Fax 095/7556930

E-mail ctic836004@istruzione.it - WEB: www.icleonardodavincimisterbianco.edu.it

CIRCOLARE N.58

A tutti i genitori
Al Registro elettronico
Al sito della scuola

Oggetto: programmazione esecuzione tamponi

Si comunica che l'ASP ha predisposto l'effettuazione dei tamponi di fine isolamento nelle giornate del **6-7-8 novembre**, presso l'**Ospedale S. Luigi di Viale Fleming, Catania**.

Occorrerà recarsi in auto, saranno gli operatori ad avvicinarsi alla macchina, mentre i minori dovranno essere accompagnati seduti sui sedili posteriori.

Genitore e figlio con mascherina e finestrini aperti.

L'isolamento terminerà alla ricezione dell'esito negativo del tampone.

Portare il documento di identità e i due moduli compilati che trovate in allegato.

I soggetti positivi o coabitanti di un soggetto positivo o asintomatico, **non** si dovranno presentare perché saranno presi in carico dalle USCA.

Di seguito la programmazione dei tamponi con invito di puntualità.

VENERDI 6 novembre MATTINA

SCUOLA SEC I GRADO 1 A 11.00

SCUOLA SEC I GRADO 1 B 11.30

SCUOLA SEC I GRADO 1 C 12.00

SCUOLA SEC I GRADO 1 D 12.30

VENERDI 6 novembre POMERIGGIO

SCUOLA SEC I GRADO 1 E 14.30

SCUOLA SEC I GRADO 2 A 15.00

SCUOLA SEC I GRADO 2 B 15.30

SCUOLA SEC I GRADO 2 C 16.00

SCUOLA SEC I GRADO 2 D 16.30

SCUOLA SEC I GRADO 3 A 17.00

SCUOLA SEC I GRADO 3 B 17.30

SCUOLA SEC I GRADO 3 C 18.00

SCUOLA SEC I GRADO 3 D 18.30

SABATO 7 novembre MATTINA

INFANZIA SEZ A 8.30

INFANZIA SEZ B 9.00

INFANZIA SEZ C 9.30

INFANZIA SEZ D 10.00

INFANZIA SEZ E 10.30

INFANZIA SEZ F 11.00

INFANZIA SEZ G 11.30

PRIMARIA 1 A 12.00

PRIMARIA 1 B 12.30

SABATO 7 novembre POMERIGGIO

PRIMARIA 1 C 14.30

PRIMARIA 1D 15.00

PRIMARIA 1 E 15.30

PRIMARIA 2 A 16.00

PRIMARIA 2 B 16.30

PRIMARIA 2 C 17.00

PRIMARIA 2 D 17.30

PRIMARIA 3 A 18.00

PRIMARIA 3 B 18.30

PRIMARIA 3 C 19.00

DOMENICA 8 novembre MATTINA

PRIMARIA 3 D 8.30

PRIMARIA 4 A 9.00

PRIMARIA 4 B 9.30

PRIMARIA 4 C 10.00

PRIMARIA 4 D 10.30

PRIMARIA 5 A 11.00

PRIMARIA 5 B 11.30

PRIMARIA 5 C 12.00

PRIMARIA 5 D 12.30

I genitori con più figli, potranno far eseguire contemporaneamente il tampone al fine di evitare di recarsi più volte al drive.

Gli alunni che non si presenteranno all'appuntamento stabilito dall'ASP, dovranno effettuare un isolamento di **14 giorni**, così come stabilito dalla circolare del **Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020** e potranno rientrare **mercoledì 11 novembre** con certificato medico attestante l'idoneità ad essere riammessi nella comunità scolastica.

Cordiali saluti.

Misterbianco, 05/11/2020

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOTT.ssa CATERINA LO FARO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

Ai sensi ex art. 3 comma 2, del D. LGS. 39/93

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL DEI
REFERTI—STATO EMERGENZIALE DA CORONAVIRUS *ai sensi dell'art. 17bis del*
D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in _____
_____ telefono _____
C.F. _____ E-MAIL _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE

Carta di Identità O Passaporto O Altro () _____

N _____ rilasciato da _____

Il _____

X (barrare la casella di interesse)

- per se medesimo;
 esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)

_____ genitore di _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

DICHIARA di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (ai sensi dell'art. 17bis del D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati o/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospenderne/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Catania li _____

Firma del Richiedente

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome«Cognome»	Nome«Nome»
Codice Fiscale«CF»	Sesso
Data di nascita«Giorno»/«Mese»/«Anno»	Luogo di nascita«Luogo di nascita»
Comune di residenza	«Via»
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare«Telefono»
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contacttracing Screening Altro _____
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico) Data iniziosintomi: _____
Sintomatico <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Alterazione gusto <input type="checkbox"/> Alterazione olfatto <input type="checkbox"/> Cefalea, <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero –Data: _____	P.O.: _____
<input type="checkbox"/> Deceduto –Data: _____	