



**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](mailto:ctic836004@istruzione.it) - WEB: [www.icleonardodavincimisterbianco.edu.it](http://www.icleonardodavincimisterbianco.edu.it)

**CIRCOLARE N. 130**

Ai genitori  
degli alunni  
ai Docenti  
Al sito Web  
Al registro elettronico

Oggetto: attività di screening tamponi antigeni rapidi per gli alunni e docenti delle  
scuole primarie e secondarie di primo grado – **chiarimenti e modulo**

Ad integrazione della precedente **circolare n. 129**, si trasmette l'ulteriore precisazione  
dell' ASP di CATANIA E IL MODULO DI SCREENING da compilare e presentare  
per l'esecuzione dei tamponi

**Misterbianco 15/01/ 2021**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DOTT.ssa CATERINA LO FARO**  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
Ai sensi e per gli effetti art. 3 comma 2, del D.  
LGS. 39/93

Con la presente in vista degli screening organizzati dal 14/01/2021 al 17/01/2021, al fine di migliorare il servizio dei drive in si prega di presentarsi muniti di modulistica, di seguito allegata, già compilata.

Si ribadisce che la corsia preferenziale per le scuole è rivolta SOLO ed esclusivamente a personale scolastico, docenti ed alunni, pertanto genitori e altri accompagnatori saranno sottoposti a tampone "qualora volessero" mettendosi in fila nelle restanti due corsie adibite per l'attività di screening normale.

Sede drive in: Ex mercato ortofrutticolo, Via Forcile, h: 8.30 - 18.00

--

Distinti Saluti  
*Ufficio Scuole*

-

*ASP Catania*



Ufficio del Commissario Ad Acta

AI SENSI DELL'ART. 46 DPR 28/12/2000 N. 445  
DICHIARO

NOME ..... COGNOME .....

DI ESSERE NATO/A A ..... IL .....

DOMICILIO .....

DOC. RICONOSCIMENTO N°..... RILASCIATO DA.....

DATA RILASCIO..... DATA SCADENZA .....

EMAIL ..... CELLULARE .....

SCUOLA.....

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante (o Tutore)

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore.....

Presso .....il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania, .....

Il Medico esecutore

.....