



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO "C. COLOMBO "
Via dell'Ippocampo, 41- 00054 FIUMICINO
06/65210784 - FAX 06/65210777 - Email: mic83800a@istruzione.it - PEC: mic83800a@pec.istruzione.it
Codice meccanografico: RMIC83800A

Circ. n. 169

ALLE FAMIGLIE
AI DOCENTI – INTERO ISTITUTO
AGLI ATTI

Fiumicino, 8 febbraio 2021

Oggetto: Screening per prevenzione del contagio da SARS-CoV2 in ambito scolastico

Si comunica che, come previsto, la ASL RM3 effettuerà a breve uno screening per l'individuazione di casi di positività su tutta la popolazione scolastica. I test (tamponi rapidi) saranno effettuati durante l'orario scolastico, direttamente nel plesso di frequenza a cura del personale medico della ASL. In caso di positività, il successivo tampone molecolare sarà eseguito in presenza del genitore/tutore. Il test è facoltativo e gratuito.

L'Istituto ha già raccolto numerose adesioni. Si pregano coloro che non lo avessero ancora fatto di inviare all'indirizzo prevenzione@iccolombo.it l'adesione o la non adesione, compilando il modulo in allegato, disponibile anche in formato word sul sito. Il modulo deve essere compilato, firmato e inviato anche in caso di non adesione.

Si raccomanda ai genitori di aderire allo screening, visti anche i nuovi casi rilevati nei plessi dell'Istituto.

Si ricorda inoltre ai genitori e al personale scolastico l'obbligo di rispettare in ogni momento della giornata scolastica ed in modo puntuale tutte le prescrizioni e le norme igieniche contenute nel protocollo di sicurezza, a garanzia della salute e della sicurezza di tutti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA LETIZIA FISSI
*Documento firmato digitalmente
ai sensi del D.lgs. 82/2005*

MODULO DI CONSENSO PER GLI ALUNNI MINORENNI
da inviare all'indirizzo prevenzione@iccolombo.it entro il 15 gennaio 2021

Io sottoscritto nato a
il Residente a (prov.),
in Via cellulare e-mail
genitore dell'alunno/a (nome e cognome), (Codice Fiscale dell'alunno/a)
..... della classe sezione , consapevole del fatto che l'adesione è
individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

(Firma leggibile)

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI **NON** VOGLIATE CHE L'ALUNNO/A PARTECIPI ALLO SCREENING

Nel caso in cui **non vogliate** che l'alunno/a partecipi all'iniziativa, vi preghiamo di compilare quanto segue e di riconsegnare questa parte del modulo all'indirizzo mail prevenzione@iccolombo.it.

Io sottoscritto _____, in qualità di _____ dell'alunno/a

NON accetto

che (nome alunno/a) _____ partecipi allo screening.

Data _____

Firma _____

MODULO DI CONSENSO PER PERSONALE SCOLASTICO
 da inviare all'indirizzo prevenzione@iccolombo.it entro il 15 gennaio 2021

Io sottoscritto nato a Prov

Codice Fiscale, Residente a (prov.),

in Via consapevole del fatto che l'adesione è individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali:

i dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data _____

 (Firma leggibile)

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI **NON** VOGLIATE PARTECIPARE ALLO SCREENING

Nel caso in cui **non vogliate** partecipare all'iniziativa, vi preghiamo di compilare quanto segue e di riconsegnare questa parte della lettera all'insegnante/Dirigente scolastico.

Io sottoscritto _____

NON accetto di partecipare allo screening.

Data _____

Firma _____