



I.I.S. TELESÌ@
C.F. 81002120624 C.M. BNIS00200T

SEGR - SEGRETERIA

Prot. 0002406/U del 21/04/2021 15:14 VII.7 - Sorveglianza sanitaria



ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE **TELESÌ@**

Via Caio Ponzio Telesino, 26 - 82037 Teleso Terme (BN) - tel.0824 976246 - fax 0824 975029

Codice scuola: BNIS00200T - e-mail: bnis00200t@istruzione.it - sito web www.iistelese.it

e-mail cert.: bnis00200t@pec.istruzione.it - CF: 81002120624 - Cod.Unic.Uff.: UFSIXA

LICEO SCIENTIFICO - LICEO SCIENTIFICO CAMBRIDGE - LICEO SCIENZE APPLICATE - LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO QUADRIENNALE
LICEO LINGUISTICO - LICEO LINGUISTICO ESABAC - LICEO ECONOMICO SOCIALE - INDIRIZZO PROFESSIONALE

Teleso Terme, 21.04.2021

A **Studenti**
Genitori
DSGA
Albo e Web

Oggetto: Screening Gratuito Tamponi Popolazione Scolastica

Si comunica che è stato organizzato, di concerto con il Comune di Teleso e la ASL di Benevento, **per i giorni 24 e 25.04.2021, dalle ore 09:00 alle ore 18:00**, presso il Piazzale antistante il nuovo Palazzetto dello Sport, sito in via Lagni, uno screening gratuito generale sugli studenti.

Si allega

modulo di "Dichiarazione di consenso informato paziente minorenne per Tampone Antigenico rapido per la ricerca Sars Cov2" e modulo "Dichiarazione di consenso informato paziente per Tampone Antigenico rapido per la ricerca Sars Cov2" per gli studenti maggiorenni, con preghiera di provvedere anticipatamente alla compilazione del modulo, sottoscritto dai genitori anche per gli studenti maggiorenni.

Il modulo, debitamente compilato e sottoscritto, dovrà essere inviato, entro e non oltre le ore 20.00 del 22.04.2021, all'indirizzo mail screeningstudenti@iistelese.it al fine di predisporre calendario con turni di accesso alla somministrazione del tampone da pubblicare sul sito istituzionale con successivo avviso.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Elena Mazzarelli
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PAZIENTE MINORENNE per tampone antigenico rapido per la ricerca Sars Cov 2

Il/La sottoscritt _____ (padre/madre) _____ nato/a a _____ Prov.(____), il _____
C.F. _____ residente a _____
Via _____ Documento di identità n° _____

In qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

Nome _____ e _____ Cognome _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
C.F. _____ residente a _____
_____ Via _____ nome _____ pediatra _____
Documento di identità n° _____ città _____
Che frequenta la Scuola _____

DICHIARO

- a) di dare il consenso alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido;
- b) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti;
- c) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo.

Luogo e data _____

Firma padre/madre leggibile _____

Firma Sanitario _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PAZIENTE MAGGIORENNE per tampone antigenico rapido per la ricerca Sars Cov 2

Il/La sottoscritt __ (padre/madre) _____ nato/a a _____ Prov.(____), il _____
C.F. _____ residente a _____
Via _____ Documento di identità n° _____

In qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

Nome _____ e _____ Cognome _____
_____ nato/a a _____ Prov. (____) il _____
C.F. _____ residente a _____
_____ Via _____ nome _____ pediatra _____
Documento di identità n° _____ città _____
Che frequenta la Scuola _____

DICHIARO

- a) di dare il consenso alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido;
- b) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti;
- c) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo.

Luogo e data _____

Firma del paziente maggiorenne _____

Firma padre/madre leggibile _____

Firma Sanitario _____