



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VILLAGRANCA PADOVANA (PD)

Via Taggì di Sopra, 12 - 35010 VILLAGRANCA PADOVANA - Tel. 049-9050325 - Fax 049-9051421

Cod.Mecc. PDIC86400L - C.F. 80027390287 - Cod. Univoco UFIJB6

Sito internet: www.icvillagrancapadovana.edu.it

e-mail: pdic86400l@istruzione.it - pec: pdic86400l@pec.istruzione.it



Circolare n.16

Villagranca Padova, 8 ottobre 2020

Ai genitori

Agli atti della scuola

Al sito web

OGGETTO: Consenso informato test di screening a scuola

La presente per informare che, secondo quanto disposto nell'Allegato 1 dell'ordinanza regionale n.105 del 2.10.2020, nel caso si verificasse la presenza di un "caso confermato Covid-19" nel contesto scolastico, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica prescriverà l'effettuazione del test diagnostico per Sars-CoV2 a tutti i soggetti che siano stati in contatto con il caso nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi.

A tal fine, i tamponi antigenici potranno essere effettuati direttamente nel contesto della struttura scolastica da parte di un operatore sanitario.

L'adesione a tale modalità sarà su base volontaria, con acquisizione del consenso da parte del genitore, anche in forma preventiva rispetto al verificarsi del caso confermato.

Si allega il modello di consenso informato, da restituire firmato al docente coordinatore di classe nel caso si intendesse aderire a tale modalità.

Si ringrazia per la collaborazione,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Francesca Rosati

(firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 del DLgs 39/1993)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VILLAGRANCA PADOVANA (PD)

Via Taggì di Sopra, 12 – 35010 VILLAGRANCA PADOVANA - Tel. 049-9050325 - Fax 049-9051421

Cod.Mecc. PDIC86400L - C.F. 80027390287 – Cod. Univoco UFIJB6

Sito internet: www.icvillagrancapadovana.edu.it

e-mail: pdic86400l@istruzione.it – pec: pdic86400l@pec.istruzione.it



**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) _____