



LICEO SCIENTIFICO STATALE “ S. CANNIZZARO”

Via Gen. Arimondi 14 - 90143 PALERMO -Tel 091/347266

Peo : paps020001@istruzione.it -Pec: paps020001@pec.istruzione.it

Sito web: <http://www.liceocannizzaropalermo.edu.it>

Codice Fiscale 80014480828

Codice univoco per fatturazione elettronica: **UFKWWZ**

Palermo 23/02/2021

Circolare Docenti N.242

Circolare Studenti N.201

Circolare ATA N.41

Alle Studentesse e agli Studenti

Alle/i Docenti

Al personale ATA

Ai Genitori/Tutori

Oggetto: Screening scolastico

Si informano le persone in indirizzo che il Dipartimento di prevenzione dell'ASP Palermo ha disposto **l'effettuazione dello screening con tampone rapido** giovedì 4 marzo 2021 nei locali della scuola.

Sarà necessario registrarsi compilando il seguente modulo di Google entro le 18:30 di domani 24 febbraio 2021.

<https://forms.gle/1DXoqPF4inxGFr5w5>

Gli orari saranno comunicati con avviso sul sito.

Gli studenti minorenni devono essere accompagnati da un genitore/tutore.

Si allega modulistica da compilare preliminarmente e presentare al momento dello screening.

Si confida nella responsabilità di tutti per frequentare in presenza e in sicurezza.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Anna Maria Catalano

Firmato digitalmente ai sensi del c. d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse



Consenso informato tampone Test antigenico rapido Covid-19

USCA DS 42

Generalità del Soggetto sottoposto all'esame

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____
_____ il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____
C.F. _____ e-mail: _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta d'Identità Patente Passaporto Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta d'Identità Patente Passaporto Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA

di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

Di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione dell'esame esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione del tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 (nuovo coronavirus) con kit "ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag", acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Palermo, _____

FIRME DEI GENITORI

REFERTO
TEST ANTIGENICO RAPIDO ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. 41FK10

Data _____ Ente _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente in via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Tipo di ESITO	Risultato del Test (Segnare con croce in corrispondenza del risultato riscontrato)
POSITIVO**	
NEGATIVO	
INVALIDO**	

*** Nel caso di risultato positivo e/o invalido la struttura/ente dovrà eseguire il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico.*

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test (a stampatello)

Struttura presso la quale è stato eseguito: _____

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____