



Ministero della Pubblica Istruzione
ICS Elsa Morante MIIC80900T
SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I° GRADO
Direzione – Segreteria: Via Heine, 2 - 20141 - Milano
Tel. 02.88441479 – Fax 02.88441485
Email: MIIC80900T@istruzione.it
CF 80128250158
SITO WEB: www.icselsamorante.edu.it

Circ.n.158

Milano, 4/02/2021

Ai genitori
Ai docenti
Al sito
In bacheca Argo

Oggetto: Progetto “Adotta una scuola” - Servizio tamponi antigenici a scuola

Il nostro istituto ha aderito al progetto regionale “Adotta una scuola” della Regione Lombardia. Il progetto prevede che un pediatra ‘adotti’ una scuola nei mesi di gennaio, febbraio e marzo, secondo la seguente proposta: fornire supporto alla scuola, con presidi settimanali, attraverso l’esecuzione di tamponi antigenici gratuiti previsti dal sistema di tracciamento scolastico per il testing (T0 / T5) e per il rientro di fine quarantena (T10).

Il servizio è riservato esclusivamente agli alunni dell’Istituto che rientrino nelle situazioni sopra indicate: non possono accedere al servizio gli alunni positivi o presunti positivi.

Il presidio presso la nostra scuola sarà attivo presso la sala medica della scuola secondaria di primo grado nei giorni:

- Martedì dalle ore 14.15 alle ore 15.45
- Giovedì dalle 11.30 alle 13.00

In caso di effettuazione di tamponi per testing o chiusura di quarantena scolastica, verrà riservato uno spazio agli alunni della classe interessata dal provvedimento e ne verrà data comunicazione alle famiglie tramite i coordinatori e i rappresentanti di classe;

Il servizio non può essere dedicato a tamponi di chiusura di quarantena extrascolastica (contatti con caso familiare, attività sportiva...), né per tamponi di guarigione da Covid; per queste situazioni i genitori dovranno rivolgersi al pediatra;

Per avvalersi del servizio le famiglie dovranno presentarsi a scuola nel giorno e nell’orario indicato; Gli alunni dovranno essere accompagnati da un solo genitore o da delegato maggiorenne (con delega scritta).

DOCUMENTI DA PORTARE:

- modulo di consenso informato allegato alla presente comunicazione, firmato e debitamente compilato in ogni sua parte;
- tessera sanitaria del minore;
- documento di identità del genitore;
- eventuale delega per accompagnatore firmata dal genitore.

N.B. : senza la documentazione sopra richiesta il servizio NON potrà essere erogato

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Elisabetta Abruzzese
(firma omessa ai sensi dell'art.3 del d.lgs n.39/1993)

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ con codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

in qualità di _____ del minore _____
Cognome del minore _____ nome del minore _____
codice fiscale _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto, sulla base della normativa vigente;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____ Firma leggibile _____
ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo

Data _____ Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____ Firma leggibile _____