



*Ministero dell'Istruzione*  
**ISTITUTO COMPRESIVO "Tommaso Cornelio"**  
**Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado**  
Viale della Resistenza - 87050 ROVITO (CS)

ROVITO, .../...../2021

**Ai Docenti**  
**al Personale ATA**  
**Ai Genitori degli studenti e delle studentesse**  
**della Scuola Primaria e Secondaria dell'**  
**IC "T. Cornelio" di Rovito (CS)**  
**LORO SEDI**

**OGGETTO: Screening per SARS-CoV-2 ad Alunni e Personale Docente e ATA**

Si informa che il Comune di Rovito intende effettuare il test antigenico all'intera comunità scolastica del nostro Istituto per identificare eventuali casi di positività al Covid-19, anche in assenza di sintomi.

L'attività di screening è divisa in più fasi, la prima delle quali coinvolgerà **ESCLUSIVAMENTE** la popolazione scolastica dei plessi Primaria e Secondaria di Pianette.

Il test, che consiste nel prelevare materiale biologico presente nel naso e nel cavo orale, sarà effettuato da personale del Laboratorio di Analisi Cliniche GAMMA nel piazzale antistante la Palestra comunale di Pianette nelle date che vi saranno comunicate in seguito. L'adesione a tale modalità sarà su base volontaria con acquisizione del consenso da parte del genitore (o tutore legale del minore).

Il laboratorio avrà cura di comunicare gli esiti del test a tutti gli interessati per mezzo di **refertazione on line**.

Si chiede pertanto alle famiglie di compilare il modulo in allegato alla presente e farlo consegnare **tempestivamente** dal proprio figlio al Coordinatore di Classe al fine di procedere al più presto allo screening di cui sopra.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

**Il referente Covid-19 d'Istituto**

Prof.ssa Margherita Morrone

**Il Dirigente Scolastico**

Dott.ssa Rosanna Rizzo



## CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolarità della responsabilità genitoriale)  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali  
previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure  
finalizzate a prevenire la diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

Il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ ad  
effettuare lo screening di cui sopra.

Luogo e data

Il genitore /tutore legale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed  
identificato, fornisce altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 in  
materia di tutela dei dati personali e del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei Dati  
Personali (GDPR), 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_