



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
VIA ESTRAMURALE CASTELLO – MIGLIONICO**

Tel. 0835 559008 - 0835 550025 - e - mail: [mtic83300n@istruzione.it](mailto:mtic83300n@istruzione.it)  
PEC: [mtic83300n@pec.istruzione.it](mailto:mtic83300n@pec.istruzione.it) -C.F.93056900777- sito web: [www.icmiglionico.edu.it](http://www.icmiglionico.edu.it).

I.C. - MIGLIONICO - MTIC83300N  
Prot. 0010422 del 29/12/2020  
08 (Uscita)

Ai genitori degli alunni delle Scuole di Miglionico  
Al Personale Docente e Ata in servizio nei plessi di Miglionico

**Oggetto: screening popolazione scolastica**

Si informano le SS.LL. che il Comune di Miglionico ha organizzato per i giorni 5 e 6 Gennaio 2021 uno screening per la ricerca del virus Covid 19 rivolto a tutti gli alunni delle scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado e al Personale Docente e ATA in servizio nei plessi di Miglionico.

Lo screening gratuito e su base volontaria sarà effettuato al Centro Polivalente di Miglionico, secondo il seguente calendario:

- **05 Gennaio 2021**, dalle ore 15.30 alle ore 16.30, Personale Docente e Ata;
  
- **06 Gennaio 2021**
  - Dalle ore 8.30 alle ore 9.30, alunni Scuola Secondaria di I Grado;
  - Dalle ore 9.30 alle ore 11.00, alunni Scuola Primaria;
  - Dalle ore 11.00 alle ore 13.00, alunni Scuola dell'Infanzia.

Considerata la grande valenza dell'iniziativa finalizzata a contenere il contagio epidemiologico, ad assicurare il ritorno a scuola in sicurezza e ad individuare eventuali casi asintomatici che possono inconsapevolmente essere veicolo di ulteriore contagio, si sollecita la più ampia adesione.

Si allega modulo per il consenso informato preventivo per l'effettuazione del test rapido di screening da consegnare già compilato e sottoscritto al momento del test.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Dott.ssa Elena LABBATE**

*Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.  
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa*

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO  
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

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 sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura del Centro Polivalente. 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 delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell'esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

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 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), 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) \_\_\_\_\_