



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " MINTURNO 1"

Protocollo numero: **782 / 2021**

Data registrazione: **05/02/2021**

Tipo Protocollo: **USCITA**

Documento protocollato: **Adesione screening volontario alunni e personale plessi Spigno Saturnia.pdf**

IPA/AOO: **istsc_ltic854005**

Oggetto: **Adesione screening volontario alunni e personale plessi Spigno Saturnia**

Destinatario:

ALBO - SITO WEB

Ufficio/Assegnatario:

DIANA MARGHERITA (DIRIGENZA)

Protocollato in:

2201 - CIRCOLARI 2020-21

Titolo: **1 - AFFARI GENERALI**

Classe: **1 - Organizzazione interna**

Sottoclasse: **h - Circolari interne e ordini di servizio**

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO MINTURNO1

Via Luigi Cadorna, s.n.c. – 04026 Minturno (LT) –Tel. 07711907363

C.F. 90027880591- Distretto Scolastico LT6 n° 49 – C.M. LTIC854005

Sito Web: www.istitutocomprensivominturno1.it e-mail: ltic854005@istruzione.it

Posta certificata: ltic854005@pec.istruzione.it

Prot e data (vedi segnatura)

C.a.:

- Ai genitori degli alunni Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di Spigno Saturnia
- Ai docenti della Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di Spigno Saturnia
- Ai Collaboratori scolastici dei plessi
- Al DSGA

ATTI – ALBO – SITO WEB

OGGETTO: Screening volontario per test antigenico rivolto agli alunni e al personale scolastico in servizio nelle scuole ubicate nel Comune di Spigno Saturnia.

VISTO quanto disposto dal Sindaco del Comune di Spigno Saturnia Salvatore Vento, nell'ordinanza n. 13 del 3 Febbraio 2021, si comunica ai genitori degli alunni e a tutto il personale scolastico in servizio nei plessi di scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado che l'Amministrazione Comunale si rende disponibile ad organizzare uno screening, su base volontaria, nell'ambito della gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2.

L'indagine epidemiologica mediante la somministrazione di test antigenici risulta necessaria considerati i casi accertati all'interno della comunità scolastica e presenti sul territorio comunale. Pertanto, coloro che manifestino la volontà di sottoporsi al suddetto screening, dovranno inviare la propria richiesta via mail, alla posta istituzionale scolastica, all'indirizzo ltic854005@istruzione.it entro e non oltre le **ore 14.00** del giorno **Lunedì 8 Febbraio 2021**. Nella richiesta di adesione si dovrà dichiarare il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

In allegato il modulo per l'autorizzazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Margherita Diana

(Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate)

MODULO LIBERATORIA PER ALUNNI

Al Dirigente Scolastico I.C. Minturno 1

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ (prov. _____) il ____/____/_____
residente a _____ (prov. _____), in via
_____ documento identità (Carta Identità, Patente,
Passaporto in originale) n° _____ rilasciato da
_____ scadenza ____/____/_____
consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445.

DICHIARA

- di esercitare la potestà parentale
- di essere il legale rappresentante (in forza di _____)
sul minore _____ nato/a
il ____/____/_____ e che l'altro genitore (cognome e nome)
_____ non sottoscrive il presente modulo in
quanto
- è informato e consenziente
- non è possibile contattarlo nei tempi necessari

PERTANTO

autorizzo l'Istituto a fornire i dati necessari, per l'effettuazione del Tampone antigenico, al
Comune di Spigno Saturnia.

Compilare i dati dell'alunno: (cognome) _____
(nome) _____ nato/a _____
(prov. _____) il ____/____/_____, frequentante la classe _____,
plesso _____

Recapito/i telefonico/i: _____

DATA _____

FIRMA _____

MODULO LIBERATORIA PERSONALE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico I.C. Minturno 1

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ (prov. _____) il ____/____/_____
residente a _____ (prov. _____) in via
_____ documento identità (Carta Identità, Patente,
Passaporto in originale) n° _____ rilasciato da
_____ scadenza ____/____/_____
consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

AUTORIZZO

l'Istituto a fornire i dati necessari, per l'effettuazione del Tampone antigenico, al Comune di
Spigno Saturnia.

Compilare i dati richiesti:

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ (prov. _____) il
____/____/_____

Recapito/i telefonico/i: _____

DATA _____

FIRMA _____