



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

LICEO GINNASIO STATALE "L. MANARA"

00152 ROMA – VIA BASILIO BRICCI, 4 – Fax 06/67663900 – Tel. 06/121127825

A.T. LAZIO 07 – DISTRETTO XXIV - RMPC14000N – sito web: <http://www.liceomanara.it/> – email: rmpc14000n@istruzione.it

CIRCOLARE N. 28 del 26 settembre 2020

AI DOCENTI
AL PERSONALE A.T.A.
AGLI STUDENTI
AI GENITORI DEGLI STUDENTI
AL D.S.G.A.
AL SITO WEB

Oggetto: Screening scolastico per SARS-COV-2

Si comunica che la ASL RM3 intende predisporre uno screening per Sars Cov 2, utilizzando test rapidi, presso il nostro istituto scolastico.

Lo screening sarà organizzato nel cortile dell'istituto o in palestra, ove si recherà Personale medico e infermieristico.

Gli studenti e tutto il personale scolastico si sottoporranno al test antigenico su base volontaria.

Per i minori è necessaria l'autorizzazione, allegata alla presente, a firma dei genitori.

Gli studenti maggiorenni e tutto il personale scolastico dovranno compilare il consenso e, ove possibile, portare anche il tesserino sanitario.

Il giorno stesso dello screening sia gli studenti minorenni che gli studenti maggiorenni e il personale scolastico consegneranno *brevi manu* al personale sanitario il modulo di consenso debitamente compilato.

I ragazzi e/o gli operatori che risulteranno positivi al test, saranno sottoposti al TNF molecolare nella stessa mattinata e allontanati dalla scuola in attesa del risultato definitivo; nel caso di studenti minorenni, saranno avvisate le famiglie.

Per il nostro Istituto lo screening si effettuerà **a partire da lunedì 28 settembre 2020**.

Gli studenti frequenteranno le lezioni nelle rispettive aule, nella modalità abituale come dal giorno 15 settembre u.s., fino a chiamata da parte del personale scolastico.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Atala Grattarola

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

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MAGGIORENNI E PERSONALE SCOLASTICO

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)*.

1. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscrittonato a

Residente a (prov.),

in Via

Dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data

(firma leggibile)

2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

O ACCONSENTO O NON ACCONSENTO

*il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente, dal rappresentante legale, ovvero da un familiare o convivente munito di delega e documento di identità proprio e del delegante anche in copia

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data

_____ (firma leggibile)

firma operatore

DATI ANAGRAFICI

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ VIA _____

C.F. _____

CELLULARE _____

EMAIL _____

Data _____ firma _____

MODELLO DA COMPILARE PER STUDENTI MINORENNI

Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dei genitori dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)*.

3. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto nato a
..... il Residente a
..... (prov.), in Via cellulare
..... mail
genitore dell'alunno della classe sezione
.....,

dichiarando di essere informato della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che riguardano mio/a figlio/a, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di Tampone antigenico rapido per screening Sars-Cov-2.

Data

(firma leggibile)

4. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data

(firma leggibile)

DATI ANAGRAFICI del minore

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____ VIA _____

C.F. _____