



Istituto Comprensivo Statale "Sandro Onofri"

Via Cutigliano, 82 – 00146 Roma

Tel.: 06 55264932 - Fax: 06 55290476

Cod Mecc: RMIC8F2007; CF: 97713370589

e-mail: RMIC8F2007@istruzione.it; RMIC8F2007@pec.istruzione.it

www.icsonofri.edu.it

Al personale dell'IC Sandro Onofri
Alle famiglie degli alunni
Alla DSGA
Agli Atti

Roma, 19 febbraio 2021

Circolare n.89/A.S. 2020-2021
Oggetto: Screening della ASL RM3

In data odierna ha telefonato l'Equipe Covid della ASL RM3 per organizzare lo screening a tappeto che era stato preannunciato a fine settembre (Circolare 8 del 22/09/2021).

Lo screening comincia martedì nei Plessi Pirandello/Pieve, poi passa a Graziosi/Quartararo e poi si passa a Capponi.

Cosa fanno?

Fanno a scuola (gratuitamente) un tampone rapido antigenico al personale e agli alunni che desiderano aderire. Ovviamente non si può per legge somministrare nulla a nessuno, tantomeno ad un minore senza il consenso delle famiglie (nel caso di minorenni). Questo significa che se si desidera aderire c'è questa opportunità, se non si desidera aderire basta astenersi.

Se non voglio aderire?

Non succede niente. Non desidero che mio/a figlio/a faccia il tampone, non invio nulla e basta.

Se invece desidero aderire e ho già inviato consenso e copia della tessera sanitaria a settembre devo rimandare tutto?

Assolutamente no. La scuola e la ASL hanno gli elenchi di chi aveva già inviato tutto il necessario.

Se ho cambiato idea e nel frattempo (causa quarantene o altro) e mio/a figlio/a ha già fatto abbondanti tamponi e quindi non ritengo opportuno che ne faccia un altro?

Semplicemente lo faccio sapere all'insegnante coordinatrice della classe e basta.

Se ho cambiato idea e a suo tempo non avevo inviato il consenso e la copia della tessera sanitaria e ora invece penso sia utile che mio/a figlio/a faccia il tampone?

Invio il consenso e la copia della tessera all'insegnante prevalente/coordinatrice e mio/a figlio/a verrà incluso nell'elenco.

Lo stesso vale per gli adulti (insegnanti/operatori/personale ATA) della scuola.

Per qualunque cosa, inviate domande, dubbi o richieste di informazioni a dirigente.cutigliano@gmail.com

Per comodità, si allega copia del consenso inviato a suo tempo dalla ASL.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Paola Felli

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art. 3, c. 2, Dlgs. 39/93)

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)*.

1. 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)

2. 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. _____