



DISTRETTO SCOLASTICO N. 29

**IIS-IPSA - ITI "Ezio Aletti" Trebisacce (CS)**

**IPSCT Oriolo (CS)**

TREBISACCE - TECNICO: CHIMICA MATERIALI E BIOTECNOLOGIE

PROFESSIONALE: SERVIZI SOCIO SANITARI – SERVIZI ENOGASTRONOMIA (ANCHE SERALE)  
MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA

ORIOLO - PROFESSIONALE: SERVIZI COMMERCIALI



CAF



---

Trebisacce, 15/09/2020

A tutto il personale dell'IIS IPSIA –ITI  
"E. Aletti" TREBISACCE (CS)

Oggetto: Esecuzione test sierologici (2<sup>a</sup> convocazione)

Si informa il personale della scuola, i cui medici curanti non hanno aderito alla campagna in oggetto, di comunicare allo scrivente, la propria disponibilità a sottoporsi al suddetto test, inviando le proprie generalità con recapito telefonico, all'indirizzo mail [csis06300d@istruzione.it](mailto:csis06300d@istruzione.it), entro il 18/09/2020 ore 13,00. I test saranno effettuati presso il nostro istituto in data 21/09/2020 alle ore 9,00, dove il DS in accordo con l'ASP territoriale, permetterà di eseguire tali operazioni, in totale sicurezza.

Si allegano n. 2 modelli da compilare e consegnare all'attuazione del Test.

Il Dirigente Scolastico

Alfonso Costanza

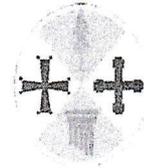
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2  
D.Lgs. n. 39/93



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## TEST SIEROLOGICO PER COVID-19

(Abbott – Panbio ® COVID-19 IgG/IgM Rapid Test Device)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_, num. \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### RISULTATO

#### Positivo

- IgG + / IgM -
- IgG - / IgM +
- IgG + / IgM +

In caso di positività attenersi  
scrupolosamente al foglietto allegato.

#### Negativo

- IgG - / IgM -

Negativo significa che non è mai venuto a contatto con il virus.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

timbro e firma

**Modello di consenso informato per l'adesione volontaria a screening sierologico da parte del personale docente e non docente, operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale della Regione Calabria.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in Via \_\_\_\_\_ con codice fiscale(\*) \_\_\_\_\_

**dichiaro di essere attualmente dipendente in servizio presso**

la scuola: (\*) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

indirizzo: (\*) \_\_\_\_\_

e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (\*) \_\_\_\_\_

e al seguente indirizzo e-mail(\*) \_\_\_\_\_

**(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA, a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.i.i.**

di appartenere al corpo docente  o non docente  operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale della Regione Calabria

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE**

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito le specifiche circa l'esito del test e circa gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- l'adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
- il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
- la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone nasofaringeo;
- la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
- in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- l'esecuzione del prelievo avviene attraverso la digito puntura (raccolta di sangue capillare attraverso una piccola puntura del polpastrello), procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

**DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA**

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

**ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE E ALLE CONSEQUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO**

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

**DICHIARO ALTRESÌ DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE E ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI ED ALLE CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI INDISPENSABILI PER LE FINALITÀ DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI SCREENING IN OGNI SUA FASE**

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_