



Unione Europea * Ministero Istruzione Università Ricerca * Regione Sicilia * Distretto Scolastico n. 1
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE STATALE
"DON MICHELE ARENA" – 92019 SCIACCA (AG)

Sede Centrale Via Nenni - ☎0925/22510 – Fax 0925/24247 Via Giotto - ☎0925/85365 – Fax 0925/85366

Corso Miraglia - ☎0925/22239 – Fax 0925/23410 Via ETA (Menfi) ☎e Fax 0925/74214

C.F. 92002960844 -Sito www.iissarena.edu.it - E-mail: agis01600n@istruzione.it - Pec: agis01600n@pec.istruzione.it

Prot. n° _____

Sciacca,

IISS "DON MICHELE ARENA"-SCIACCA
Prot. 0001429 del 29/01/2021
(Uscita)

Circolare n.185

Ai Docenti
Agli Alunni
Alle Famiglie
Al D.S.G.A.
ATTI/SITO

Oggetto:Attività di screening tamponi antigenici rapidi per alunni e docenti

Si pubblica in allegato, per opportuna conoscenza , comunicato ASP di Agrigento in merito allo screening tamponi antigenici rapidi per alunni e docenti che si effettuerà presso il driv- in dell'ospedale Giovanni Paolo II di Sciacca nelle giornate di venerdì 29 gennaio, sabato 30 gennaio, domenica 31 gennaio 2021.

Il Dirigente Scolastico

Calogero De Gregorio

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale : viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

Partita IVA - Codice Fiscale : 02570930848

Dipartimento di Prevenzione

Sciacca

**Alla c.a. dei Sindaci dei Comuni di
Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita di Belice, Sciacca**

**Ai Dirigenti Scolastici
Scuole Secondarie di primo grado e secondo grado**

Prot. 17886 del 28/01/2021

Oggetto: Attività di screening tamponi antigenici rapidi per alunni e docenti afferenti alle classi secondarie di primo grado e alle classi secondarie di secondo grado

In riferimento alla nota del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (prot. n.3299 del 26/01/2021) si comunica la presenza di un punto *drive in* per l'esecuzione dell'attività di screening a favore degli alunni e dei docenti afferenti alle classi delle Scuole Secondarie di primo grado e secondo grado.

Il suddetto *drive in* sarà attivo presso il parcheggio dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Sciacca nella giornata di Venerdì 29 Gennaio, Sabato 30 Gennaio e Domenica 31 Gennaio dalle ore 8:30 alle ore 13.30.

Al fine di sottoporsi a tampone rapido antigenico è necessario che ogni alunno/docente effettui una registrazione sul portale dell'ASP di Agrigento (www.aspag.it - registrazione coronavirus) e che presenti al *drive in* una duplice copia del format di consenso informato che si inoltra in allegato.

Sciacca, 28/01/2021

I Dirigenti Medici

Dott.ssa Rita Inguglia

Dott.ssa Rosaria Guido



MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

codice fiscale _____

sexo M F

indirizzo _____

REGISTRAZIONE CODICE SCHEDA: _____

Recapito telefonico: _____

dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

dichiaro pertanto di

VOLERMI sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

mi impegno a

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rino-faringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

devo

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo;
- ✓ tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

luogo _____ data _____ firma _____

ESITO DEL TEST

test eseguito in data _____ alle ore _____ presso _____

ESITO

POSITIVO

NEGATIVO

firma del medico _____



MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ GENITORE/TUTORE _____

DEL MINORE _____ nato/a il _____

codice fiscale del minore _____

sexo M F

Indirizzo _____

REGISTRAZIONE CODICE SCHEDA: _____

Recapito telefonico: _____

dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

dichiaro pertanto di

VOLERMI sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

mi impegno a

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rino-faringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

devo

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo;
- ✓ tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

luogo _____ data _____ firma genitore/tutore _____

ESITO DEL TEST

test eseguito in data _____ alle ore _____ presso _____

ESITO

POSITIVO

NEGATIVO

firma del medico _____