



Circ. 185

Nervesa della Battaglia, 09.12.2020

Ai Genitori degli alunni della Scuola Primaria (classe 2 <sup>a</sup> , 3 <sup>a</sup> , 4 <sup>a</sup> e 5 <sup>a</sup> ) e Secondaria DI Giavera e Nervesa
Ai Docenti di Scuola Primaria e Secondaria
E p.c. al Direttore dei SGA

## **OGGETTO: Autorizzazione preventiva per effettuazione del test rapido**

Nel documento della Regione Veneto “Linee di Indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di Covid 19 all’interno delle scuole”, vengono proposti i test rapidi per lo screening per Sars-CoV-2, da sottoporre direttamente a scuola. In presenza di un caso confermato di COVID-19 nel contesto scolastico, il Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP Scuola) avvierà il test rapido per la ricerca dell’antigene di SARS-Cov-2 a tutti i contatti scolastici del caso.

Per la scuola Primaria (a partire dalla classe seconda) e Secondaria, il test rapido può essere effettuato nella struttura scolastica da parte di un operatore sanitario; pertanto, si chiede alle famiglie il consenso preventivo da parte del genitore (o tutore legale del minore) per eseguire i test rapidi direttamente a scuola, qualora si presentasse, all’interno della classe frequentata dal figlio, un caso di positività al Covid.

I genitori sono invitati a compilare il modulo allegato alla presente che va riconsegnato a uno dei docenti del team (scuola primaria) o al docente coordinatore di classe (scuola secondaria di I grado) entro lunedì 14 dicembre 2020.

Nel caso i genitori non autorizzassero l’effettuazione del test a scuola, il figlio, in presenza di un compagno positivo al Covid, dovrà sottoporsi al test nelle sedi e nelle date indicate dal SISP.

Si precisa che per la riammissione a scuola di studenti con sintomi sospetti ed esito negativo del tampone nasofaringeo è necessario presentare uno dei seguenti certificati:

- attestazione di conclusione del percorso diagnostico-terapeutico, sottoscritta a cura del medico curante;
- referto di esito negativo del test.

Nel caso di esito positivo del test, il rientro a scuola è subordinato alla presentazione del certificato di guarigione dell’Ulss.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Mussato Tiziana

## FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ accetta che il personale sanitario dell'Azienda ULSS2 sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone per screening SARS-Cov 2 presso la struttura scolastica frequentata.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Il genitore/tutore legale

\_\_\_\_\_