



Istituto Comprensivo Ponte Lambro
Via Trieste, 33 – 22037 Ponte Lambro
Tel. 031620625 – Fax 031623181 - CF 82006820136
coic80400v@istruzione.it ; coic80400v@pec.istruzione.it
Sito web: www.icpontelambro.edu.it



Circolare Interna n. 42

- Ai genitori degli alunni dell'Istituto Comprensivo
- Al Personale Scolastico

e p. c. ai PDF dott. Massimo Branca
dott.ssa Annamaria Albertini

Oggetto: PROGETTO “ADOTTA UNA SCUOLA”

Con la presente si rende nota l'attivazione del Progetto “Adotta una scuola” per una durata di due mesi (febbraio-marzo) con l'obiettivo di facilitare l'accesso al tampone degli studenti e del personale scolastico **sottoposto a provvedimento di sorveglianza ed eventuale quarantena con particolare attenzione alla scuola primaria.**

A tal fine, i pediatri di famiglia (PDF), il dott. Massimo Branca e la dott.ssa Annamaria Albertini, saranno presenti nei locali della Sede Centrale di Ponte Lambro, via Trieste 33 secondo tempi che verranno comunicati di volta in volta ai soggetti sottoposti ai summenzionati provvedimenti.

Nel rispetto della vigente normativa Anticovid (controllo della temperatura, Green Pass, distanziamento..) il genitore/tutore accompagnerà il bambino/a o ragazzo/a ed accederà ai locali della scuola, secondo gli orari comunicati dall'Istituto, in accordo con il PDF, per l'effettuazione del tampone **previa sottoscrizione del Consenso Informato (in allegato).**

Il PDF procederà all'effettuazione del tampone e fornirà il referto negativo/positivo al genitore/tutore e alla Scuola.

Confidiamo nella collaborazione di tutti.

Si porgono cordiali saluti.

La Dirigente
Valeria Pacella
*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993*

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ con codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

in qualità di _____ del minore

Cognome del minore _____ nome del minore _____

codice fiscale _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs

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

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

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- ✓ a seconda del setting specifico, il test potrebbe comportare l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo. In particolare:
 - la **negatività al test in soggetto sintomatico** comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo (molecolare);
 - In caso di discordanza, l'esito del tampone molecolare sarà dirimente. Il soggetto si impegna a permanere al domicilio in isolamento fiduciario fino a esito del test molecolare.
- ✓ la positività comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare del soggetto e di quarantena dei contatti stretti;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____

Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure previste

Data _____

Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____

Firma leggibile _____