



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "LEONARDO DA VINCI"
Codice Fiscale 81004790143



Licei Scientifico, Scienze Umane, Linguistico e Sportivo
Istituti Tecnici AFM-RIM e CAT
Via Bottonera, 21 - 23022 CHIAVENNA (Sondrio) - Tel. 034332750 - Fax 0343290398
e-mail: sois00600d@istruzione.it - itet.licei@gmail.com - e-mail pec:
sois00600d@pec.istruzione.it sito web: www.davincichiavenna.edu.it

Circ. 223

Chiavenna, 21 agosto 2020

A tutto il personale dell'Istituto

Oggetto: Test sierologico – Integrazione

A integrazione della circolare 222, si comunicano ulteriori recapiti telefonici per contattare l'ATS e prendere direttamente appuntamento per effettuazione del test in oggetto.

Si raccomanda di utilizzare il numero del proprio mandamento di residenza.

Si riporta qui di seguito stralcio della comunicazione dell'ATS di Montagna.

MANDAMENTO Numero telefonico

Sondrio e Tirano 0342-555448

Morbegno 0342-555026

Chiavenna e Dongo 0342-555127

Bormio 334-6641538

I numeri telefonici saranno attivi da lunedì 24 agosto 2020 (esclusi i sabati e le domeniche) nelle seguenti fasce orarie:

mattino: dalle ore 08:30 alle ore 13:00

pomeriggio: dalle ore 14:00 alle ore 16:00

Si trasmette, unitamente alla presente, il modulo di consenso che gli interessati dovranno consegnare al momento dell'esecuzione del test sierologico; tale modulo è scaricabile anche dall'homepage del sito di questa ATS.

Si ricorda, infine, che gli aderenti dovranno presentarsi all'appuntamento muniti di tessera sanitaria ed il predetto modulo già compilato.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Salvatore La Vecchia
Firma digitale ai sensi D.Lgs 82/2005



Direzione Sanitaria

Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

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 di Regione Lombardia.

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

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 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 di Regione Lombardia

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 digitopuntura (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 CONSEGUENTI 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 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____ DATA _____