ISTITUTO COMPRENSIVO TERESA MATTEI
Via del Pratello, 15 - 50012 BAGNO A RIPOLI (FI) - tel. 055-630084 - fax 055-632218
e-mail: FIIC84500A@istruzione.it – FIIC84500A@pec.istruzione.it
www.icmattei.edu.it Cod. Fisc. 94173870489 – Cod. Mecc. FIIC84500A

Circolare n. 402

Bagno a Ripoli, 15 aprile 2021

ISTITUTO COMPRENSIVO - "TERESA MATTEI"-BAGNO A RIPOLI
Prot. 0002651 del 15/04/2021
05-07 (Uscita)

Ai genitori
ai docenti
al personale ATA
Scuola primaria "Croce"
IC Teresa Mattei Bagno a Ripoli
al sito web

OGGETTO: Screening test rapidi alunni/alunne Teresa Mattei – scuola primaria Croce

Si informa che **mercoledì 21 aprile 2021** sarà effettuato uno screening con test rapidi /Tampone per Covid-19 nella scuola primaria "Croce a Varliano" dalle ore 9 alle ore 13.00, nei locali individuati durante i sopralluoghi dalle associazioni di volontariato insieme al referente di plesso. Lo screening è riservato agli alunni e alle alunne del plesso.

I test saranno effettuati dagli operatori della Croce Rossa di Bagno a Ripoli e le procedure messe in atto saranno quelle già sperimentate nel corso dei precedenti screening.

Allegato troverete il modulo per il consenso informato, da riconsegnare ai docenti della classe entro **lunedì 19 aprile 2021.**

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Amalia Bergamasco

MODULO CONSENSO INFORMATO

Tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido

Io sottoscritto/a_____

Nato/a il_____A_____

Telefono/mail_____

Genitore dell'alunno/a

Nome e Cognome_____

Nato/a il_____A_____

- Dichiaro di aver ricevuto mediante informativa allegata esaurienti spiegazioni in merito alla possibilità di sottoporre mio/a figlio/a a tampone nell'ambito di uno screening su tutta la popolazione scolastica di Bagno a Ripoli e di essere consapevole che il medesimo ha importanti valori ai fini della sicurezza e della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale.
- Dichiaro pertanto di voler sottoporre mio/a figlio/a al tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido.
- Sono altresì consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO al test rapido mio/a figlio/a potrà essere sottoposto a tampone oro-rinofaringeo molecolare e che in attesa del relativo riscontro diagnostico mio/a figlio/a dovrà attenersi a misure di quarantena presso il domicilio.
- Sono consapevole che il referto del tampone rino-orofaringeo, oltre a me, sarà visibile al medico di medicina generale/pediatra di famiglia di mio/a figlio/a, e al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro.

Bagno a Ripoli, ___/___/___

Firma del dichiarante_____