



ISTITUTO COMPRENSIVO 1 - BASSANO DEL GRAPPA

Piazzale Trento n. 21 - 36061 Bassano del Grappa (Vi) Tel. 0424/524932

C.M. VIIC88800E C.F. 82002830246 E-mail: viic88800e@istruzione.it Pec: viic88800e@pec.istruzione.it

Sito web: www.ic1vittorelli.edu.it

Bassano del Grappa, 09 ottobre 2020

Ai genitori e agli studenti
Infanzia, Primaria, Secondaria
p.c. docenti
p.c. ATA

COMUNICATO n.48 AA_ EE_MM

**Oggetto: Comunicazione interventi di prevenzione e valutazione contagio Covid
Autorizzazione per gli studenti minorenni.**

Gentili genitori e cari studenti,

come disposto dalla Regione Veneto, l'Aulss 7 Pedemontana ci ha comunicato che, per rendere più rapida ed efficace l'attività di prevenzione nei casi in cui debba essere valutato il contagio Sars Covid 19 di studenti e personale scolastico, è stato stabilita una modalità di intervento rapido all'interno degli istituti scolastici.

Siamo certi che comprenderete come questa modalità garantisca maggiore sicurezza e tutela della salute.

Il test (tampone naso faringeo rapido), che il Dipartimento di Prevenzione (e non la scuola, che non è competente in materia) dovesse decidere di fare a scuola con un intervento di pochi minuti, gioverebbe alle famiglie evitando loro ulteriori spostamenti e attese.

Vi chiediamo pertanto di compilare il modulo che verrà consegnato agli studenti minorenni da riportare al Coordinatore di classe **entro e non oltre 16 ottobre 2020**.

Nel caso di un'eventuale effettuazione del tampone alla classe da parte del Dipartimento di Prevenzione dell'Aulss 7, i genitori che non avranno fornito autorizzazione dovranno venire a scuola e provvedere a ritirare il figlio o effettuare l'eventuale autorizzazione al test.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Luisa Caterina Chenet
(Firmato digitalmente ai sensi del Dlgs. 82/2005)

**AUTORIZZAZIONE
ALL'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER SARS COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente a _____ in Via _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____,
**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla
diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

Atteso che tale attività sarà svolta sotto la direzione del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss7
Pedemontana

AUTORIZZA

il proprio figlio/a ad effettuare lo
screening COVID-19 presso l'Istituto Scolastico frequentato.

Rilascio il numero di telefono per essere contattato/a immediatamente per il verificarsi di
qualsiasi necessità: _____

*In caso di esito positivo, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Ulss7 Pedemontana, prenderà in
carico il caso, telefonando al genitore per l'applicazione delle misure di prevenzione.*

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto disposto dal D. lgs. 196/2003 in materia di tutela dei dati
personali e *Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR)*.

Firma del genitore _____