



	<p style="text-align: center;"> <i>Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca</i> <i>Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio</i></p> <p style="text-align: center;"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO FIANO</b> <i>Indirizzo Musicale</i></p> <p style="text-align: center;">Via L. Giustiniani, 20 – 00065 Fiano Romano (Rm) ☎ 0765 389008 📠 0765 389918 Cod. Mecc. RMIC87400D - Codice fiscale 97198090587 ✉ rmic87400d@istruzione.it - rmic87400d@pec.istruzione.it Sito web: <a href="http://www.icfiano.it">www.icfiano.it</a></p>	  
---	---	---

Prot.

Fiano Romano, 29/10/ 2020

**AVVISO URGENTE PER EFFETTUARE IL TAMPONE PREVISTO PER COLORO CHE DEBBONO CONCLUDERE IL PERIODO DI ISOLAMENTO PRESCRITTO PER IL PERIODO DI ISOLAMENTO PRESCRITTO DALLA ASL**

**Oggetto: Personale scolastico ed alunni della classe 1 G della scuola primaria di Via Giustiniani,18.**

Si comunica che nella data di venerdì 30 ottobre 2020, alle ore 11.00, presso la ASL di Morlupo in Largo Giovanni Paolo II num. 2 ,verrà effettuato il tampone antigenico al personale scolastico e agli alunni della classe 1 G della scuola primaria di Via Giustiniani,18. Le persone di cui in oggetto, dovranno recarsi al CUP della ASL, presso l'accettazione (non occorre la prescrizione medica) e dichiarare di frequentare la scuola di Fiano Romano oggetto di segnalazione di caso positivo Covid.

Inoltre, bisogna far presente che la ASL è già in possesso degli elenchi nominativi di coloro che debbono essere sottoposti al tampone per acquisire l'esito finale del periodo di isolamento (alunni e personale scolastico).

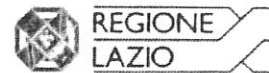
Si ricorda di fornire all'ASL i moduli in allegato compilati prima dell'esecuzione del tampone.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO ED I REFERENTI COVID DI ISTITUTO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 4



**Espressione del consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato ai fini del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (REG.UE 2016/679)\*.**

**I. CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Io sottoscritto ..... nato a .....

Residente a ..... (prov. ....), in Via .....

Dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, consapevole che il consenso potrà essere modificato o revocato in tutto o in parte, in qualsiasi momento

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione esecuzione di

- Tampone nasale antigenico rapido per screening Sars-Cov-2
- Tampone nasofaringeo per ricerca molecolare Sars-Cov-2
- Sierologico

Data .....

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA E FORMAZIONE**

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative ad interventi chirurgici oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie.

Data .....

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

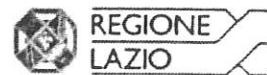
firma operatore

\*il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente, dal rappresentante legale, ovvero da un familiare o convivente munito di delega e documento di identità proprio e del delegante anche in copia



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 4



AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

Chiede di poter fare il Tampone/Test rapido/Sierologico perché:

- convocato dal Servizio di Igiene Pubblica
- ricetta dematerializzata
- motivi di viaggio/lavoro
- rientro da viaggio/lavoro in

	orario	Luogo partenza	Luogo arrivo
Sardegna			
Spagna			
Croazia			
Malta			
Grecia			

- partenza per viaggio/lavoro in

	orario	Luogo partenza	Luogo arrivo
Sardegna			
Spagna			

mezzo di trasporto:

Traghetto, compagnia: \_\_\_\_\_

Civitavecchia li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_