



Istituto Comprensivo San Cesareo

www.icsancesareo.edu.it



Via dei Cedri, 113 – 00030 San Cesareo (ROMA) – Tel. 069587025

PEO: rmic8ae00n@istruzione.it - PEC: rmic8ae00n@pec.istruzione.it

Codice meccanografico: RMIC8AE00N – Codice fiscale: 93008680584

IPA istsc_rmic8ae00n – Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica: UF1XH7

San Cesareo, 7 gennaio 2022

Circolare n. 133

Alle famiglie interessate
Loro Sedi

E p.c.

Ai docenti
Loro Sedi

Oggetto: Screening – Istruzioni operative

L'Amministrazione Comunale ha fornito le seguenti istruzioni relativamente alla campagna di tamponi per il rientro a scuola in sicurezza organizzata nelle giornate di sabato 8 e domenica 9.

Sabato 8 e Domenica 9 Gennaio, presso il Palazzetto Federico Spaziani (Via del Campo Sportivo, San Cesareo) gli operatori sanitari del laboratorio individuato dall'Ente, effettueranno lo screening mediante tamponi rapidi antigenici gratuiti a tutta la popolazione studentesca iscritta all'Istituto Comprensivo di San Cesareo, con lo scopo primario di tornare a scuola in sicurezza, dopo le festività natalizie.

DOVE: Palazzetto dello Sport Federico Spaziani, Via del Campo Sportivo, San Cesareo.

CALENDARIO, ORARI E MODALITA' DI ACCESSO:

- **SABATO 8 GENNAIO, DALLE 10 ALLE 13.30, CONVOCAZIONE PLESSI INFANZIA**
- **SABATO 8 GENNAIO, DALLE 13.30 ALLE 17.00, CONVOCAZIONE SECONDARIA 1° GRADO**
- **DOMENICA 9 GENNAIO, DALLE 10.00 ALLE 17.00, CONVOCAZIONE PRIMARIA**

Le medesime informazioni sono reperibili sul sito istituzionale al seguente link

https://www.sancesareo.gov.it/c058119/po/mostra_news.php?id=1953&area=H.

Si ricorda ai sig.ri genitori che occorre presentarsi al Palazzetto con i moduli allegati alla presente circolare (e reperibili anche dal sito dell'Amministrazione) debitamente compilati.

Si ringrazia nuovamente l'Amministrazione per l'attenzione dimostrata al problema e si invitano i genitori a collaborare per un'ampia partecipazione.

Cordiali Saluti

Il Dirigente Scolastico

Prof. Francesco Cipollini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

AUTOCERTIFICAZIONE DI FREQUENZA ISTITUTO COMPRENSIVO SAN CESAREO

Il sottoscritto/a

C.F.....e-mail.....
contatto cellulare

in qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale sul minore), consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiara che l'alunno/a

C.F.....frequenta l'Istituto Comprensivo San Cesareo, del plesso:

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA PRIMO GRADO

iscritto alla classe:

San Cesareo, data.....

Firma

.....



AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di non presentare sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37.5° C in data odierna e nei tre giorni precedenti;
- di non essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di non essere stato a contatto con persone positive, per quanto di loro conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- di aver preso visione e compreso il documento "4.11 REV 1/20 INFORMATIVA SUL COVID PER GLI UTENTI".

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

San Cesareo,

Firma leggibile (dell'interessato e/o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

.....

Informativa test rapido antigenico Covid-19

I test rapidi antigenici servono a capire, in tempi brevi, se si è entrati in contatto con il Coronavirus Sars Cov 2 responsabile della Covid-19. Vengono effettuati con un tampone nasofaringeo per ricercare e riconoscere le diverse componenti del virus e ci dicono se è in corso l'infezione al momento della loro esecuzione.

A differenza del tampone molecolare, che ricerca il materiale genetico del virus, il tampone rapido antigenico ricerca le parti della struttura esterna del virus, chiamate antigeni.

L'esecuzione del test è rapida e veloce e dà il risultato in breve tempo, intorno ai 15 minuti.

Nel caso in cui il tampone antigenico dia esito positivo, è comunque necessaria la conferma con il tampone molecolare.

Il sottoscritto
in qualità di

ME STESSO GENITORE TUTORE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

nome e cognome _____

nato/a a _____

codice fiscale _____

DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test rapido antigenico.

Data _____/_____/_____

Firma (leggibile) _____

Firma leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso _____



Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Al fine di poter ricevere le prestazioni sanitarie sopra indicate, dichiaro che Evolab S.r.l. mi ha informato che il trattamento dei dati personali da me forniti sarà effettuato nel rispetto della normativa di legge e nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti, e cioè: **1) TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Il Titolare del trattamento è la società Evolab s.r.l. - Via A. Sbardella 10, Palestrina (RM); **2) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** a) Dare esecuzione ai trattamenti sanitari sopra indicati; b) Effettuare presso ogni ente, pubblico o privato, gli adempimenti connessi o strumentali al contratto, compresi quelli di natura fiscale e tributaria. **3) LUOGO DEL TRATTAMENTO:** Il luogo del trattamento sono le sedi operative di Evolab S.r.l. in San Cesareo (RM) in Via Filippo Corridoni 76-78; **4) BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI:** La base giuridica del trattamento è nel contratto fra il paziente e questa struttura sanitaria e nei casi previsti dall'art. 6, § 1. Lett. c) del Reg. UE 679/2016 e dalla normativa nazionale; **5) FONTE DEI DATI PERSONALI :** La fonte è l'interessato, ovvero il medico curante; **6) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI:** Il trattamento sarà effettuato, per le finalità sopra espresse, in forma scritta e/o su supporto cartaceo, magnetico, elettronico o telematico, con l'utilizzo di strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi e comunque sempre idonei a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati verranno trattati tutta la durata dei rapporti contrattuali instaurati ed anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti di legge; **7) CATEGORIE DEI DATI PERSONALI TRATTATI:** Evolab S.r.l. tratta i seguenti dati: dati identificativi e di contatto dell'interessato; categorie particolari di dati personali quali: dati biologici; dati biometrici, dati relativi alla salute e tutti i dati forniti per l'esecuzione dell'analisi prevista con questa richiesta; dati genetici; **8) CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI:** i dati potranno essere comunicati ai soggetti esterni con i quali Evolab s.r.l. intrattiene rapporti necessari allo svolgimento della propria attività e, sempre per le finalità sopra espresse, alle seguenti categorie di incaricati e/o responsabili: a) Addetti all'ufficio commerciale; b) Addetti alle A.T.S. (Assistenza Tecnica Scientifica) corrispondenti; **9) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:** I dati possono essere trasmessi all'estero, ma sempre nell'UE; **10) DIRITTI DELL'INTERESSATO:** l'interessato ha diritto a che i suoi dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente. Inoltre ha diritto, ove possibile, in qualunque momento di essere informato su come vengono utilizzati i dati personali; di richiedere l'accesso (art. 15); la rettifica (art. 16) o la cancellazione (art. 17) dei dati personali detenuti. Può altresì chiedere la limitazione del trattamento che lo riguarda (art. 18), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20); di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento (art. 7) senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; di opporsi in qualsiasi momento per motivi connessi alla sua situazione particolare al trattamento dei dati personali che lo riguardano (art. 21); qualora l'interessato ritenga che il trattamento che lo riguarda violi la normativa vigente in materia ha il diritto di reclamo (art. 77) ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo in cui si è verificata la presunta violazione. Per l'Italia tale autorità è il Garante per la Protezione dei Dati Personali <https://www.garanteprivacy.it/>. L'interessato può ottenere ulteriori informazioni sui suoi diritti, incluse le circostanze in cui si applicano, rivolgendosi all'Autorità di controllo dello Stato membro in cui risiede abitualmente. Tutti i diritti predetti potranno essere esercitati in ogni momento scrivendo al titolare del trattamento ai riferimenti sopra indicati.



TUTTO CIÒ PREMESSO AUTORIZZO

il trattamento dei miei dati personali e particolari ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a) del Reg. EU 2016-679. I dati **non saranno diffusi o ceduti a terzi.**

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde a verità e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.

Data ____/____/____

Firma del paziente

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto preso atto che in all'art. 17 del Reg. UE 679/2016 ho diritto alla cancellazione dei dati personali e particolari che ho comunicato e per i quali ho prestato il consenso al trattamento e che questa cancellazione deve avvenire senza ingiustificato ritardo qualora: a) i dati personali non siano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; b) non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento; c) mi opponga al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 1 del sopra detto Regolamento e non sussista alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure mi opponga al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 21 par. 2 del medesimo Regolamento (trattamento dei dati per finalità di marketing diretto); d) i dati personali siano stati trattati illecitamente; e) i dati personali debbano essere cancellati per adempiere ad un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dallo Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;

TUTTO CIÒ PREMESSO

Il sottoscritto

In qualità di genitore / tutore del minore sopra indicato, dichiaro di **REVOCARE il consenso** precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle possibili conseguenze derivanti dalla mia revoca.

Firma dell'interessato _____ Timbro e firma del Medico _____