



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GARIBALDI "

Via Via Mola di Santa Maria snc – 04022 Fondi - LT - ☎0771.531509-/fax 0771.531738
e-mail: ltic85200d@istruzione.it PEC: : ltic85200d@pec.istruzione.it
Codice Meccanografico LTIC85200D – Codice Fiscale 90056220594

Circ. N. 152
Prot. 911

Fondi, 12/02/2021

Alle Famiglie
A tutto il Personale della scuola
Al registro elettronico
Al sito web
e.p.c. al DSGA

Oggetto: Screening Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado-Studenti-personale docente e non docente.

Si inoltra, per opportuna conoscenza la mail dell'ASL di Latina pari oggetto.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Daniela Patrizio
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, c. 2 DLgs 39/93

PRENOTAZIONE ONLINE TAMPONE COVID-19

SCREENING SCUOLE

Gentile Utente, al fine di facilitare le operazioni di registrazione dei dati anagrafici per l'effettuazione del Test "molecolare" o rapido "antigenico" del Coronavirus (presso *Drive in*)

ti chiediamo

di collegarti all'indirizzo internet (sotto riportato) e di compilare i campi predisposti.

Digita il seguente link:

<https://concorsi.ausl.latina.it/covid19/drivein.jsf>

Compila i campi predisposti:

- Codice Fiscale (di chi dovrà effettuare il Test)
- Recapito telefonico
- Luogo Drive in: **Screening scuole superiori**
- Motivazione: "Su indicazione del Dipartimento di Prevenzione"
- Barrare la casella "Consenso al Trattamento dei dati" e "Non sono un Robot"
- Non è necessaria la ricetta

Questa semplice operazione ti garantirà l'accesso al *drive in* per l'esecuzione del tampone, ricevendo tramite *SMS la conferma della prenotazione da esibire al momento dell'ingresso al drive in*, così da ridurre i tempi di attesa.

Non sarà possibile effettuare l'esame senza prenotazione.

In alternativa scansiona il seguente codice:



Grazie per la Collaborazione



MODULO DI CONSENSO PER GLI ALUNNI MINORENNI

Io sottoscritto nato a
il Residente a (prov.),
in Via cellulare e-mail
genitore dell'alunno/a (nome e cognome), (Codice Fiscale dell'alunno/a)
..... della classe sezione , consapevole del fatto che l'adesione è
individuale, volontaria e gratuita

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare.

Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

(firma leggibile) _____