

ISTITUTO OMNICOMPENSIVO - -TORRE ORSAIA
Prot. 0001242 del 19/03/2022
VII-7 (Uscita)



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo europeo di sviluppo regionale

ISTITUTO OMNICOMPENSIVO AUTONOMIA 168
Via Roma 38 – 84077 Torre Orsaia (SA)
Tel. 0974/985018 – C.F. 84002720658 - Codice Istituto SAIC816001
Posta Elettronica: istituto.saic816001@istruzione.it PEC: saic816001@pec.istruzione.it
Sito web : www.scuoletorreorsaia.edu.it

Alle studentesse e agli studenti
Ai genitori degli alunni
Ai Docenti
Al Personale ATA
Alla DSGA
dell'Istituto Omnicomprensivo
di Torre Orsaia

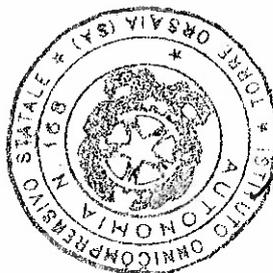
Oggetto: Screening gratuito per alunni e personale docente e non delle scuole nel Comune di Torre Orsaia

La Dirigente Scolastica informa le S.S. L.L. che martedì 22 marzo 2022 sarà disponibile un'autoambulanza della Croce Rossa Italiana in collaborazione con ONLUS Carmine Speranza per lo svolgimento di tamponi antigenici COVID 19 gratuiti dalle ore 09:00 alle ore 11:00.

L'autoambulanza si sposterà presso i singoli plessi del territorio comunale, saranno presenti anche volontari della protezione civile per coordinare le operazioni in sicurezza.

I genitori degli alunni minorenni che intendono aderire all'iniziativa possono compilare il modulo al consenso da riconsegnare entro lunedì 21 marzo debitamente compilato ai coordinatori di classe.

Torre Orsaia 19/03/2022



X
La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Maria De Biase



Ministero dell' Istruzione



UNIONE EUROPEA
Fondo europeo di sviluppo regionale

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO AUTONOMIA 168

Via Roma 38 - 84077 Torre Orsaia (SA)

Tel. 0974/985018 - C.F. 84002720658 - Codice Istituto SAIC816001

Posta Elettronica: istituto.saic816001@istruzione.it PEC: saic816001@pec.istruzione.it

Sito web : www.scuoletorreorsaiia.edu.it

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL
TEST RAPIDO NASALE PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in _____, Via _____

documento di riconoscimento _____ in

qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome) _____ (Cognome) _____

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus.

Firma _____

Data _____