



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRESIVO "VIA MATTEOTTI 11" CAVE

Via G. Matteotti, 11 - Cave 00033 (Rm) ☎ 069580694 📠 069509006 - Ambito 14
C.F. 93016960580 - ✉ rmic8cd003@istruzione.it ✉ rmic8cd003@pec.istruzione.it - www.iccave.edu.it

Cave, 07/01/2022

Ai docenti
Al personale A.T.A.
Alle famiglie
Agli alunni

Oggetto: TAMPONI GRATUITI PER IL RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA – Istituto Comprensivo "Via G. Matteotti, 11".

Con la presente si comunica che l'Amministrazione comunale ha deciso di predisporre due giornate di screening, mediante tamponi gratuiti su base volontaria, che interesserà gli alunni e il personale docente e non docente dell'Istituto Comprensivo "Via Matteotti 11", infanzia, primaria e secondaria di I grado della Città di Cave, con lo scopo di garantire un rientro a scuola sicuro per tutti.

Lo screening, mediante tamponi, si svolgerà nelle giornate di **sabato 8 e domenica 9 gennaio**, presso la tensostruttura "Andrea Lucidi", adiacente la scuola Primaria e dell'Infanzia, dalle ore 08:30 alle ore 12:30 e dalle 14:00 alle 19:00.

In considerazione dell'elevato numero di alunni, per non creare disagi al normale flusso dei tamponi, si chiede di rispettare la seguente suddivisione delle classi nelle varie fasce orarie:

SABATO 8 GENNAIO	
ORARIO	CLASSI SCUOLA PRIMARIA
8:30	1A-1B-1C-1D
9:30	1E-2A-2B
10:30	2C-2D-2E
11:30	2F-2G- Personale A.T.A. di tutti i plessi
14:00	3A-3B-3C

15:00	3D-3E-4A
16:00	4B-4C-4D
17:00	4E-5A-5B
18:00	5C-5D-5E-5F

DOMENICA 9 GENNAIO	
ORARIO	SEZIONI SCUOLA DELL'INFANZIA
8:30	A-B-C
9:30	D-E-F
10:30	G-H
11:30	I-L-M

DOMENICA 9 GENNAIO	
ORARIO	CLASSI SCUOLA SECONDARIA I GRADO
14:00	1A-1B-1C
15:00	1D-1E-2A
16:00	2B-2C-2D
17:00	2E-3A-3B
18:00	3C-3D-3E

Si ricorda alle famiglie che il giorno del test dovranno portare con sé fotocopia della tessera sanitaria del minore con un numero di telefono ed un indirizzo e-mail al quale verrà inviato l'esito del tampone e, già compilato, il consenso informato in allegato.

Analoga procedura dovrà essere osservata da tutto il personale scolastico.

In considerazione dell'elevato numero degli insegnanti, non avendo contezza di coloro che aderiranno allo screening, non è stato individuato un apposito orario ma potranno effettuare i tamponi nell'arco delle due giornate, preferibilmente nell'orario indicato per le loro classi.

Auspico un'ampia partecipazione all'iniziativa e ringrazio anticipatamente il personale e le famiglie che con senso civico sottoporranno i propri figli allo screening per il rientro in sicurezza di tutta la comunità scolastica.

Desidero esprimere la mia gratitudine verso l'Amministrazione comunale per l'impegno e l'attenzione che ancora una volta mostrano nei confronti del nostro Istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Prof.ssa Maria Vittoria Frascatani
(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3 co. 2 D.Lgs 39/93)

FARMACIA GRAZIANI DOTT.SSA FRANCA
VIA AMERIGO CHIALASTRI,1 00033 CAVE (RM)
P.I. 12776361003 - GRZFN61H49A515L

Consenso informato per tampone per la ricerca dell'RNA di SARS-COV-2

Io sottoscritto

(**GENITORE/TUTORE**) _____

_____ nato a _____ il

_____ C.F. _____

residente in _____ Via _____
_____ Documento

n° _____

Del minore

Documento n° _____

Nome e Cognome _____ nato/a

a _____

Il _____ C.F. _____

Si allega alla presente la fotocopia della tessera sanitaria fronte retro del minore.

RICEVO LE SEGUENTI INFORMAZIONI:

IL TAMPONE VIENE EFFETTUATO DA PERSONALE SANITARIO DEBITAMENTE FORMATO
L'ESITO DEL TAMPONE, POSITIVO O NEGATIVO, VIENE CARICATO SULLA PIATTAFORMA
DELL'ASL DI COMPETENZA.

OGNI PAZIENTE CHE RICEVE UN **REFERTO POSITIVO** DEVE:

- **INIZIARE L'ISOLAMENTO** E SEGUIRE LE NORMATIVE RELATIVE ALL'ULTIMA CIRCOLARE
MINISTERIALE - *Circolare Ministero della Salute 60136 del 30 dicembre 2021 - Aggiornamento misure di quarantena e
isolamento variante VOC SARS-CoV-2 Omicron*

-SEGUIRE LE INDICAZIONI RICEVUTE SCRITTE SULL'ALLEGATO FORNITO DAL PERSONALE
-CONTATTARE IL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA
-PORRE LA MASSIMA ATTENZIONE NELL'ADOTTARE LE MISURE (MASCHERINA,
DISTANZIAMENTO SOCIALE NEI CONFRONTI DEI PROPRI CONVIVENTI).

OGNI PAZIENTE CHE RICEVE UN **REFERTO NEGATIVO** DEVE COMUNQUE RISPETTARE LE
MISURE PREVENTIVE (DISTANZIAMENTO, IGIENE DELLE MANI, USO DELLA
MASCHERINA...)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER LETTO E COMPRESO IL SIGNIFICATO DEL TEST E DI
IMPEGNARSI A RISPETTARE LE MISURE PREVISTE, CONSAPEVOLE DEI RISCHI DI DIFFUSIONE DEL
COVID-19 E DELLE POSSIBILI SANZIONI IN CUI POTREBBE INCORRERE.

LUOGO E DATA

FIRMA