

Prot. n° 99/2022- 4.8.

Vibo Valentia (VV), Lì 04.01.2022

Ai Genitori di tutti gli alunni

p.c. ai Docenti

Ai Responsabili di Plesso

Sito: www.icprimocircolovv.edu.it

**OGGETTO: Campagna di prevenzione e rientro a Scuola in Sicurezza 10 Gennaio 2022
CONSENSO Genitori Test Antigenico**

Vista la comunicazione pervenuta dalla Segreteria del Sindaco di Vibo Valentia,

Si comunica che per il rientro a Scuola in Sicurezza è **previsto per gli alunni uno screening, su base volontaria, tramite tampone antigenico da effettuare prima della ripresa dell'anno scolastico** (sarà comunicata successivamente la data e l'orario, ma da intercorse telefonate si è appreso informalmente che si terrà nei giorni 8 e 9 Gennaio 2022, presso il Palazzetto dello Sport di Vibo Valentia, sito in Viale della Pace).

Ove ne ricorrano i presupposti, SOLO su adesione dei Genitori, gli alunni potranno ricevere la somministrazione del Vaccino Anti Covid-19.

Sia i Test Screening Tamponi, che il Vaccino saranno effettuati **SOLO** agli alunni per i quali i genitori abbiano dato il consenso.

Ai fini organizzativi, stante l'urgenza (chiusura della Scuola 6 - 7 e 8 Gennaio 2022),

si Chiede alle SS.LL. Genitori di **trasmettere tramite Mail vvic831008@istruzione.it o PEC vvic831008@pec.istruzione.it, oppure di consegnare a mano alla Segreteria di questa Scuola il**

Modulo consenso informato per l'effettuazione Test di screening Tamponi per Sars-Cov-2 entro e NON OLTRE le ore 13,00 di Domani 05 Gennaio 2022 al fine di trasmettere i dati al Comune di Vibo Valentia che a sua volta li trasmetterà all'ASP di Vibo Valentia.

Si allega:

- **All. 1** il Modulo consenso informato per l'effettuazione test di screening Tamponi per Sars-Cov-2 da trasmettere o consegnare brevi manu a Scuola

***Per i Genitori che volessero far somministrare ai propri figli il Vaccino Anti Covid-19 si allega**

- Modulo Consenso minori Vaccinazione Anti-Covid-19 eventualmente **da consegnare il giorno dei Test direttamente al personale dell'ASP al Palazzetto dello Sport di viale della Pace di Vibo Valentia.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. ssa Domenica Cacciatore

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/1993

All. 1

**Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del Test antigenico (tampone nasofaringeo)
per la ricerca di Sars-Cov-2**

**Campagna di prevenzione e rientro a Scuola in Sicurezza 10 Gennaio 2022
Promossa da Comune e ASP di Vibo Valentia**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

Telefono/Cellulare _____ e-mail _____

Genitore (o Tutore legale) di _____

nato il _____ a _____

Codice Fiscale _____

Alunno/a della Classe ____ sez. ____ Scuola _____ di Vibo Valentia

acconsente in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda ASP di Vibo Valentia sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso il Palazzetto dello Sport di Viale della Pace di Vibo Valentia per il rientro a Scuola in Sicurezza il 10 Gennaio 2022

Luogo _____ e data, _____

Il Genitore/Tutore legale (firma leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra indicato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo _____ e data, _____

Il Genitore/Tutore legale (firma leggibile) _____

D

Vaccinazione Anti-Covid-19

Modulo di consenso

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL GENITORE 2

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

 Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino [_____]

Data ____/____/____

Luogo _____

Firma Rappresentante Legale/ Genitore 1

Firma Genitore 2

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Spazio per QR-Code
con Codice Prenotazione