



ISTITUTO SCOLASTICO STATALE COMPRENSIVO  
MAZZARRONE - LICODIA EUBEA  
Via Cantù, s.n.c.  
MAZZARRONE (CT)

## CIRCOLARE N. 7

I.C. MAZZARRONE-LICODIA EUBEA  
Prot. 0003395 del 07/09/2020  
08-01 (Uscita)

Mazzarrone, 07/09/2020

Alle Docenti e ai Docenti  
Tutti gli ordini di scuola  
Al personale ATA  
Al DSGA  
Al sito WEB dell'Istituto

### **OGGETTO: Esecuzione Test sierologico rapido per il personale scolastico.**

Si comunica che l'ASP di Caltagirone effettuerà il test sierologico al personale scolastico dell'I.C. "Mazzarrone-Licodia Eubea" **martedì 08 settembre 2020**, presso la sede in Via Cantù, s.n.c. di Mazzarrone.

Il personale sarà scaglionato secondo il seguente orario e attenderà, distanziato, il proprio turno all'esterno:

- 09:00 dalla lettera A alla lettera D.
- 10:00 dalla lettera E alla lettera M.
- 11:00 dalla lettera N alla lettera T.
- 12:00 dalla lettera V alla lettera Z.

Al fine di rendere più agevoli le operazioni, si invita il personale che ha aderito all'iniziativa a portare i documenti allegati alla presente circolare già compilati.

Confidando nella consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**F.to\* Prof.ssa Graziella Diliberto**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs n. 39/93.



**TEST RAPIDO CROMATOGRAFICO TIPO C PER LA RILEVAZIONE**  
**QUALITATIVA DEGLI ANTICORPI IGG E IGM VERSO SARS-COV-2**

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice Fiscale

**RISULTATO TEST**

Anticorpo SARS-CoV-2 IgG (sangue intero):  SI  NO

Anticorpo SARS-CoV-2 IgM (sangue intero):  SI  NO

Catania li



TIMBRO E FIRMA

# QUESTIONARIO

Allegato 1

Sezione 1 - Dati dell'intervistatore			
Cognome			
Nome			
Struttura di appartenenza			
Data dell'intervista			
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato			
Cognome			
Nome			
Codice Fiscale			
Sesso			
Data di nascita			
Comune di residenza			
ASP di residenza			
Telefono fisso			
Telefono cellulare			
Indirizzo email			
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test sierologico come indicata nella nota prot. 14005 del 16 aprile 2020			
Sezione 3 - Dati laboratoristici			
Tipologia di test seguito	A	B	C
Tampone	SI	NO	Data _____
Sezione 4 - Storia clinica			
<b>Dal 1 Marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?</b>			
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

AS

**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL DEI  
REFERTI–STATO EMERGENZIALE DA CORONAVIRUS *ai sensi dell'art. 17bis del  
D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE**

Carta di Identità 0 Passaporto 0 Altro () — — — — —

N \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

X (barrare la casella di interesse)

- per se medesimo;
- esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)  
\_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

DICHIARA di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (ai sensi dell'art. 17bis del D.L. n. 18 del 17.03.2020 come convertito in Legge dalla L. n.27 del 24.04.2020) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Catania li \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente