

## **PROTOCOLLO OPERATIVO CENTRO TAMPONI**

All'attivazione della procedura ATS a seguito di positività certificata, verrà data la possibilità alle classi indicate dalla scuola di accedere al SERVIZIO TAMPONI secondo le seguenti modalità:

- 1) Presentare il modulo, riportato in allegato 1, compilato e sottoscritto tassativamente da uno dei genitori dell'alunno. Al servizio tamponi può accedere il minore accompagnato da un adulto maggiorenne.
- 2) Portare il provvedimento ATS ricevuto dalla scuola, in modo da poter effettuare il tampone gratuitamente.
- 3) Al fine di evitare assembramenti e lunghe attese, si prega le famiglie e gli alunni di ogni classe, di presentarsi rispettando le seguenti fasce orarie, suddivise in base all'elenco alfabetico della classe:

1° FASCIA – ORE 7.30 ALUNNI dalla A alla F

2° FASCIA – ORE 7.50 ALUNNI dalla G alla N

3° FASCIA – ORE 8.10 ALUNNI dalla O alla Z

Verrà rilasciato l'esito del tampone su carta intestata e firmata dalla FARMACIA VITALI SOLARO che dovrà essere esibito all'ingresso dell'Istituto Scolastico di Landriano. Successivamente, arriverà un SMS sul numero di cellulare indicato nel modulo sottoscritto, per scaricare l'esito del tampone.

**IL SERVIZIO TAMPONI** verrà svolto dal lunedì al sabato dalle ore 7.30 alle ore 8.30, presso il cortile del Comune, avente ingresso in Via Rocca (di fronte alla Posta).

Il servizio verrà attivato in base alle necessità di T0-T5 comunicate entro le ore 22 del giorno precedente.

**Si ringraziano per la collaborazione:**

**la FARMACIA VITALI SOLARO di LANDRIANO**

**la Dirigente Scolastica prof.ssa Antonietta Castelluccia**

**il referente Covid IC Landriano dott.ssa Federica Proietti Salvati**

Auspichiamo la collaborazione di tutti nel rispettare gli orari e le normative vigenti anti-Covid.

**L'Amministrazione Comunale**

# ALLEGATO 1

**CODICE FISCALE DA REGISTRARE** \_\_\_\_\_

**CELLULARE** \_\_\_\_\_

## Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

Il sottoscritto (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_,

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

<< >>

### In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_ Nome (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. (DEL MINORE) \_\_\_\_\_

Dichiaro di esser stato informato in modo esaustivo sui comportamenti da rispettare al fine della prevenzione e contenimento della diffusione del contagio ed esprimo la mia adesione informata ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure sopra descritte.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", esposta in Farmacia

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

### Qualora il Soggetto debba sottoporsi al Test Molecolare è obbligatorio sottoscrivere la seguente dichiarazione

Dichiaro di essere stato informato di dover proseguire il percorso diagnostico e di aver ricevuto le indicazioni (data, ora e luogo) dove eseguire il Test Molecolare

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_