

		Via Gregorio Staglianò, 228 – 88064 Chiaravalle C.le	
0697 91023		czis007001@istruzione.it	
85000530791		czis007001@pec.istruzione.it	
Codici Meccanografici: IIS - CZIS007001		ITT - CZTF00701D - CZTF00750T	IPSASR - CZRA007011 - CZRA007509
		LICEI - CZPS00701B	www.iischiaravalle.edu.it
<i>ITT (Meccanica Meccatronica ed Energia-Chimica Materiali e Biotecnologie) - IPSASR (Agricoltura e Sviluppo Rurale) - LICEI (Scientifico-Linguistico)</i>			

Prot. n. 717 - I/1

Chiaravalle Centrale, 05.02.2021

Anno scolastico 2020/21
Circolare n. 102

AL Personale Docente

Al Personale ATA

Al sito web

Oggetto: Screening su base volontaria Covid-19 Personale Docente e ATA.

In data lunedì 8 febbraio, dalle ore 14:15 alle ore 18:00 il personale scolastico che ha richiesto di effettuare il test rapido antigenico, dovrà presentarsi presso la sede del Liceo Scientifico aula Covid, osservando l'orario che sarà comunicato a ciascuno dei richiedenti.

Si rammenta che l'esame è su base volontaria ma è fortemente raccomandato per contenere la diffusione del virus all'interno di questa istituzione scolastica. Le SS.LL. sono invitate a rispettare l'orario indicato al fine di evitare assembramenti.

Si allega Consenso informato da compilare e consegnare al momento dell'effettuazione del test.

Il Dirigente Scolastico
prof. Saverio Candelieri

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93

CONSENSO INFORMATO e INFORMATIVA PRIVACY TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19

Gentile Signora/Signore,

il test rapido antigenico a cui ha scelto di sottoporsi ha l'obiettivo di individuare, mediante tampone naso-faringeo, gli antigeni specifici per SARS COV2 per COVID-19 responsabili della malattia COVID-19. Questa tipologia di test è basata sulla ricerca, nei campioni respiratori, di proteine virali (antigeni), la metodica è di tipo immunocromatografica. La validazione stimata per i test è inferiore rispetto al test molecolare, per tale ragione vi è la possibilità di risultati falsi negativi in presenza di carica virale bassa, oltre alla necessità di confermare i risultati mediante tampone molecolare in caso di positività. Dovrà inoltre rispettare le regole indicate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza della Regione Calabria per un'efficace prevenzione della diffusione del Coronavirus.

Il risultato è disponibile dopo 10-15 minuti e viene rilasciato subito il referto all'Utente.

Il tampone viene effettuato tramite un prelievo rinofaringeo, successivamente il campione viene sottoposto a lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV2.

E' doveroso ricordare che l'esito negativo del tampone, ovvero l'assenza di antigeni, non dà la certezza rispetto all'assenza di contagio.

La sensibilità del test è del 93,3%, la specificità del 99,4%, la percentuale di concordanza complessiva 97,7% (dati ABBOTT).

Trattamento dei dati personali

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato allegato, nonché derivanti dall'esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 ("GDPR") del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy").

Il trattamento dei dati personali avverrà da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati. E' inoltre esclusa qualsiasi diffusione dei Suoi dati.

Con riferimento ai dati personali derivanti dall'esecuzione del test, si evidenzia che gli stessi appartengono alle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 del GDPR, e, nello specifico, costituiscono dati di natura biometrica e genetica, in grado di fornire indicazioni sullo stato di salute della persona fisica che si sottopone al test.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del test, pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta.

In qualsiasi momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti di accesso ai dati, integrazione, rettifica, conoscenza del loro ambito di circolazione.

CONSENSO INFORMATO
TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19
(adulti)

Il sottoscritto/a

nato/a ail.....

residente ain via.....

CF..... Sesso M F

cell.....e mail.....

ACCONSENTE

all'esecuzione del tampone naso-faringeo per la ricerca per la ricerca dell'antigene del COVID-19

DICHIARA

- di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per la ricerca dell'antigene del COVID-19 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe
- di iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato fino all'esito positivo del tampone molecolare, data dalla quale diventerà isolamento obbligatorio ai sensi della circolare ministeriale n. 0032850 del 12/10/20
- di sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale
- di porre la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherine, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi
- di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
- di sottoporsi volontariamente all'esecuzione del test naso-faringeo.

È altresì, consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO sarà sottoposto a Tampone Orofaringeo con tecnica PCR di biologia o tampone di secondo livello, in attesa del relativo riscontro diagnostico dovrà essere sottoposto ad isolamento domiciliare presso indirizzo:

QUESTIONARIO

STORIA CLINICA		
Alterazione dell'olfatto	SI	NO
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre > 37.5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea (naso colante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea (difficoltà respiratorie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori addominali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Istituto
Scolastico.....

Luogo.....Data.....

Firma

N.B. allegare copia del documento d'identità del dichiarante