



**ITES "VITALE GIORDANO"**

**ISTITUTO TECNICO ECONOMICO STATALE**

Piazzale G. Rodari Bitonto - tel. (fax) 080 3746712

Codice meccanografico BATD220004 Codice Fiscale 93062840728

E-mail: [batd220004@istruzione.it](mailto:batd220004@istruzione.it) - Sito internet: <https://www.itesbitonto.edu.it>

## Comunicazione

**Agli Studenti**

**Ai Signori Genitori**

**RE Axios**

**Oggetto: Tamponi gratuiti per uscita dalla quarantena e rientro a scuola**

Circolare Regione Puglia Dip. Promozione della Salute e del Benessere Animale\_  
Prot. 744 del 26/01/2022.

Per agevolare le procedure di effettuazione dei tamponi in oggetto indicati, si trasmette in allegato alla presente comunicazione il modello di autodichiarazione (Allegato 1 della circolare sopra indicata) previsto per la richiesta dei tamponi gratuiti.

Tale autodichiarazione dovrà essere presentata, compilata in ogni sua parte, all'ente erogatore dei tamponi assieme a:

1. Copia del documento del dichiarante (se l'alunno è minorenni, il genitore)
2. Stampa o copia digitale della comunicazione del Dirigente Scolastico inserita nel registro elettronico con l'indicazione delle misure previste per gli studenti della classe
3. Tessera sanitaria dell'alunno che si sottopone al tampone.

Bitonto, li 03/02/2022

Il Dirigente Scolastico  
**Prof. Francesco Lovascio**

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del d.lgs. n.39/1993)*

Si allega:

**MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i. ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**



**AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.  
ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO  
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

| Nome | Cognome | Codice fiscale |
|------|---------|----------------|
|      |         |                |

| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita |
|-------------------|-------|-----------------|
|                   |       |                 |

| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo residenza |
|---------------------|-------|---------------------|
|                     |       |                     |

| Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) | Prov. | Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza) |
|--------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|
|                                                  |       |                                                  |

| Telefono | e-mail |
|----------|--------|
|          |        |

identificata/o a mezzo di: *(allegare copia del documento)*

carta di identità /  patente di guida /  passaporto /  altro documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

| Numero | Rilasciato da | Data rilascio | Data scadenza |
|--------|---------------|---------------|---------------|
|        |               |               |               |

*Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico di seguito specificato;  
 di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico di seguito specificato;  
 di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

|                         |                          |                        |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>Cognome:</b>         | <b>Nome:</b>             | <b>Codice fiscale:</b> |
|                         |                          |                        |
| <b>Data di nascita:</b> | <b>Luogo di nascita:</b> |                        |
|                         |                          |                        |

- (in caso di genitore/tutore/affidatario)* che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

Che l'esecuzione gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di **un** test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica *(barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico)*:

- esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)  
 esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)  
 esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:

| Denominazione istituto        | Comune         | Sezione | Classe | prot. nota | Data nota |
|-------------------------------|----------------|---------|--------|------------|-----------|
| <b>ITES "VITALE GIORDANO"</b> | <b>BITONTO</b> |         |        |            |           |

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

*(firma estesa e leggibile)*

**L'operatore della struttura**

*(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)*

*(firma estesa e leggibile)*

*Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.*