



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO FARA SABINA

Piazza Della Libertà, 3 - 02032 PASSO CORESE (Rieti)
Tel. : 0765/488008 Fax : 0765486788 e-mail : RIIC827009@istruzione.it
Cod. Fisc. : 80004830578

ISTITUTO COMPRENSIVO FARA SABINA-FARA IN SABINA
Prot. 0015660 del 25/10/2021
B-11 (Uscita)

Ai genitori degli alunni

Oggetto: Consenso esecuzione tamponi nasali di screening ASL Rieti

Si comunica alle famiglie che le ASL di Rieti effettueranno a tutti gli alunni dell'Istituto Comprensivo, presso i locali della scuola e in orario scolastico, un tampone nasale secondo il seguente calendario a partire dalle ore 8,00:

Mercoledì 27 Ottobre 2021 Infanzia e Primaria sede di Passo Corese
Giovedì 28 Ottobre 2021 Scuola Secondaria di primo grado Sede di Passo Corese
Venerdì 29 Ottobre 2021 Infanzia Primaria e secondaria di Borgo Quinzio
Martedì 02 Novembre 2021 Infanzia e Primaria di Talocci; Infanzia di Coltodino e Primaria di Prime Case.

I genitori che intendono aderire all'iniziativa, **sono tenuti** a restituire alle insegnanti di classe i moduli di autocertificazione e consenso debitamente compilati entro le 24 ore che precedono il test di screening .



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giovanni Luca BARBONETTI

*Firma autografa apposta sull'originale cartaceo e
sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo
del soggetto responsabile ex art. 3, c.2, D.Lgs. 39/1993*



**REGIONE
LAZIO**

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE E
CONSENSO PER I GENITORI**

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**ASL
RIETI**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 - DPR 18/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a.....
nato/a..... il..... residente a.....
via..... N..... CAP.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del -DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- di essere genitore del minore..... nato a.....
- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile).
- che il mio stato civile è il seguente:
 - coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a
 - in situazione di:
 - affidamento congiunto
 - genitore affidatario.
 - genitore non affidatario
- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:
 - lontananza
 - impedimento
- che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione (art. 337-ter, co. 4), il giudice ha stabilito:
 - che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

ALTRO:

**DI ESPRIMERE IL MIO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE
SANITARIA.....**

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data:

Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile)

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa —DPR 445/2000)

La presente autocertificazione è stata:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

(Timbro Azienda sanitaria e firma del dipendente addetto)

.....

- presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

I DATI PERSONALI RACCOLTI NEL PRESENTE MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SARANNO TRATTATI CON LE MODALITÀ PREVISTE DALLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (REGOLAMENTO (EU) 2016/679; D.LGS. 196/2003) E UTILIZZATI UNICAMENTE PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL'AUTOCERTIFICAZIONE MEDESIMA.