



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo europeo di sviluppo regionale

**ISTITUTO OMNICOMPENSIVO AUTONOMIA 168**  
**Via Roma 38 – 84077 Torre Orsaia (SA)**  
**Tel. 0974/985018 – C.F. 84002720658 – Codice Istituto SAIC816001**  
**Posta Elettronica: istituto [saic816001@istruzione.it](mailto:saic816001@istruzione.it) PEC: [saic816001@pec.istruzione.it](mailto:saic816001@pec.istruzione.it)**  
**Sito web : [www.scuoletorreorsaia.edu.it](http://www.scuoletorreorsaia.edu.it)**

Alle studentesse e agli studenti  
Ai genitori degli alunni  
Ai Docenti  
Al Personale ATA  
Alla DSGA  
dell'Istituto Omnicomprensivo  
di Torre Orsaia

Oggetto: Screening gratuito per alunni e personale docente e non delle scuole nel Comune di Roccagloriosa

La Dirigente Scolastica informa le S.S. L.L. che giovedì 24 marzo 2022 sarà disponibile un'autoambulanza della Croce Rossa Italiana in collaborazione con ONLUS Carmine Speranza per lo svolgimento di tamponi antigenici COVID 19 gratuiti ore 10:00.

L'autoambulanza si sposterà presso i singoli plessi del territorio comunale, saranno presenti anche volontari della protezione civile per coordinare le operazioni in sicurezza.

I genitori degli alunni minorenni che intendono aderire all'iniziativa possono compilare il modulo al consenso da riconsegnare entro domani debitamente compilato ai coordinatori di classe.

Torre Orsaia 23/03/2022



La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Maria De Biase



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo europeo di sviluppo regionale

**ISTITUTO OMNICOMPRESIVO AUTONOMIA 168**  
Via Roma 38 – 84077 Torre Orsaia (SA)  
Tel. 0974/985018 – C.F. 84002720658 – Codice Istituto SAIC816001  
Posta Elettronica: istituto [saic816001@istruzione.it](mailto:saic816001@istruzione.it) PEC: [saic816001@pec.istruzione.it](mailto:saic816001@pec.istruzione.it)  
Sito web : [www.scuoletorreorsaia.edu.it](http://www.scuoletorreorsaia.edu.it)

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO NASALE PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ in  
qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di  
(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca  
dell'antigene del coronavirus.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_