



Convitto Nazionale "Pietro Giannone" e scuole annesse

Piazza Roma, 27 82100 Benevento- Tel. 0824 21713 - Fax 0824 19909539
C.F. 80002810622 - Codice Meccanografico BNVC01000A codice univoco UFSGPI
C.F. 80004690626 - Codice Meccanografico BNMM00800N
E-mail: bnvc01000a@istruzione.it - bnvc01000a@pec.istruzione.it
Url: www.convittonazionalebn.edu.it

Ai genitori degli alunni delle scuole dell'infanzia S.Filippo e Pietà
Ai genitori degli alunni delle classi prime scuole primarie S.Filippo e Pietà
Al Personale Scolastico delle scuole dell'infanzia e primarie plessi S.Filippo e Pietà
Ai rappresentanti dei genitori delle sezioni di scuola dell'infanzia S.Filippo e Pietà
Ai rappresentanti dei genitori delle classi prime scuole primarie S.Filippo e Pietà
All'Albo
Agli Atti

Oggetto: Emergenza Covid-19 "RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA": Richiesta prenotazione tampone antigenico

Facendo seguito alla propria nota con la quale si comunicava al personale docente e non docente degli alunni della scuola dell'infanzia e delle prime classi della scuola primaria nonché alle famiglie di detti alunni, **l'opportunità** di sottoporsi su base volontaria e prima del previsto rientro a scuola ad uno screening attraverso somministrazione di tamponi antigenici, si comunica che il dirigente dell'Ufficio scolastico Provinciale di Benevento, dott. Vito Alfonso, previo accordo con il direttore dell'ASL di Benevento, dott. Gennaro Volpe, al fine di assicurare in tempi brevi le operazioni di screening, ha sollecitato le scuole a trasmettere gli elenchi del personale docente e non docente, degli alunni della Scuola dell'infanzia e delle prime classe della scuola primaria e relativi familiari conviventi, interessati all'effettuazione dello screening .

Pertanto, tutto ciò premesso, entro e non oltre le ore 18,00 della data odierna le persone interessate a sottoporsi allo screening possono trasmettere alla Scuola, all'indirizzo bnvc01000a@istruzione.it l'allegato modello A, se personale scolastico o l'allegato modello B se familiari ed alunni avendo cura di riportare nell'oggetto della mail la seguente dicitura: **"Prenotazione tampone antigenico"**. Sarà cura dell'istituzione scolastica trasmettere tempestivamente i dati all'ASL di competenza affinché la stessa possa procedere alla pianificazione delle operazioni di screening.

Vista l'importanza della richiesta per il benessere della collettività si confida nella collaborazione di quanti in indirizzo.

Il Rettore/Dirigente scolastico
Dott.ssa Martina Mupo



Allegato A

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale "Pietro Giannone"
BENEVENTO

OGGETTO: Disponibilità effettuazione tampone antigenico

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____ in qualità di _____
in servizio presso _____

DICHIARA

- di esprimere il proprio consenso all'effettuazione dello screening , attraverso somministrazione di tamponi antigenici;
- di voler essere contattato dalla Asl presso il seguente numero di telefono cellulare _____ e/o il seguente indirizzo di posta elettronica _____
- di autorizzare il Rettore/Dirigente scolastico a trasmettere i dati personali sopra riportati alla ASL di Benevento per la prenotazione del tampone

data, _____



Allegato B

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale "Pietro Giannone"
BENEVENTO

OGGETTO: Disponibilità effettuazione tampone antigenico

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____ in qualità di genitore dell'alunno _____
_____ iscritto alla classe/ sezione _____ del plesso
della Scuola Primaria / Infanzia di _____

DICHIARA

- di esprimere il consenso all'effettuazione dello screening , attraverso somministrazione di tamponi antigenici, per l'alunno _____ nato a _____ il _____
- di voler prenotare il tampone antigenico anche per i seguenti familiari conviventi i quali potranno essere contattati ai seguenti recapiti:

_____ nato a _____ il _____

Cellulare _____ email personale _____

_____ nato a _____ il _____

Cellulare _____ email personale _____

_____ nato a _____ il _____

Cellulare _____ email personale _____

_____ nato a _____ il _____

Cellulare _____ email personale _____

- di autorizzare il Rettore/Dirigente scolastico a trasmettere i dati personali sopra riportati alla ASL di Benevento per la prenotazione del tampone

data, _____

Firma