AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

REGIONE CAMPANIA
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme –BN-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Mail: distrettosanitario.tt@aslbenevento1.it
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it

Prot. Gen. 125737 data 26 NOV 2020

AI SIGG SINDACI DS TT
AI MM. MM. GG. DS TT
AI PP. LL. SS. DS TT

Oggetto :Effettuazione Tamponi rapidi COVID 19-AG.

Si porta a conoscenza delle SS.LL che dal giorno 27.11.2020 sarà possibile effettuare i tamponi rapidi COVID 19-AG per gli Alunni e il Personale scolastico in vista della ripresa in presenza di alcune classi ai sensi dell'ordinanza della Regione Campania n. 90/2020.

Nell'ambito del Distretto Sanitario di Telese Terme, ove insistono gli Istituti Scolastici, saranno allestite due postazioni di effettuazione tamponi in modalità "drive in".

_L'effettuazione del tampone è volontaria e gratuita ed è rivolta alla popolazione scolastica delle classi 2^,3^, 4^,5^ elementare e 1^ media.

I Dirigenti degli Istituti Scolastici contatteranno gli Alunni e il Personale Scolastico e cureranno l'invio alle postazioni per effettuare i tamponi rapidi secondo il seguente calendario stabilito dal Distretto Sanitario di Telese Terme.

Si porta a conoscenza delle SS.LL che è attivo il numero verde 800814818 così come da ordinanza n.90 della Regione Campania per prenotare i tamponi rapidi.
In seguito alla prenotazione tramite numero verde al momento della effettuazione del Tampone dovrà essere esibito il codice di prenotazione.

| Paesi | Orario e giorno<br>Postazione: TELESE TERME - Viale Europa spazio antistante campo sportivo comunale. |
|---|---|
| Solopaca- Telese Terme- | Venerdì 27.11.2020<br>Ore 9,00- 13,30 ore 14,30-19,00 |
| Amorosi-Faicchio-Melizzano-Puglianello | Sabato 28.11.2020<br>Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00 |
| Dugenta – Limatola- Castelvenere-Paupisi | Domenica 29.11.2020<br>Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00 |
| | |
| | Orario e giorno<br>Postazione: CERRETO SANNITA ex P.O. Maria delle Grazie |

AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

REGIONE CAMPANIA
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme –BN-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Mail: distrettosanitario.tt@aslbenevento1.it
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it

Prot. Gen. 125737 data 26 NOV 2020

| | |
|---|---|
| Cerreto Sannita-San Lorenzello<br>Cusano Mutri- Pietraroja | Venerdì 27.11.2020<br>Ore 9,00- 13,30 ore 14,30-19,00 |
| Guardia Sanframondi- San Lupo- | Sabato 28.11.2020<br>Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00 |
| San Salvatore Telesino-San Lorenzo Maggiore | Domenica 29.11.2020<br>Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00 |
| | |

Ad ogni buon fine si inviano i modelli per il Consenso informato e per il referto con i dati anagrafici da compilare da parte della Persona che si sottopone al tampone rapido.

Distinti saluti.-

Il Dirigente Responsabile UOS ASS SAN
Dr.ssa Giovanna Ragozzino

Il Direttore Responsabile DS TT
Dott. Pietro Altieri

AZIENDA SANITARIA LOCALE BN 1 - DISTRETTO SANITARIO TELESE TERME

AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

REGIONE CAMPANIA
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme –Bn-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it
Pec: assistenzasanitaria.tt@aslbenevento1.it

***Consenso Informato esecuzione del tampone antigenico COVID-19.AG/Ditta BIOCREDIT***
***(Dichiarazione rilasciata ai sensi del DPR n.445/2000)***

**********

***Generalità della persona che si sottopone al tampone:***

*Cognone* _____ *Nome* _____

*Data di Nascita*_____ *Luogo di Nascita*_____

*Codice Fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Residente a*_____ *in Via* _____

*Istituto Scolastico* _____ *di* _____*Classe* ___

*Cellulare* _____ ; *In qualità di:*

☐ *ALUNNO* ☐ *INSEGNANTE*

☐ *GENITORE* ☐ *PERSONALE AMMINISTRATIVO*

☐ *ALTRO* _____ ☐ *COLLABOTAORE SCOLASTICO*

*Data* _____ *Firma* _____
(Per i minori firma del genitore o/e del tutore)

N.B.: *Inserire il codice fiscale del genitore che firma per il figlio minore* | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto/a come sopra individuato ed identificato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizza il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e/o del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

**********

- ***Da compilare a cura ASL BN - Distretto Sanitario di Telese Terme***

Esito NEGATIVO ☐ Esito POSITIVO ☐

REGIONE CAMPANIA
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO**
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme –Bn-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it
Pec: assistenzasanitaria.tt@aslbenevento1.it

*Tampone Antigenico COVID-19*

# *R E F E R T O*

**********

*Cognone* _____

*Nome* _____

*Data di Nascita*_____

*Codice Fiscale*_____

**********

- *Da compilare a cura ASL BN - Distretto Sanitario di Telese Terme*

*Si attesta che il tampone rapido antigenico Covid-19 AG/Ditta BIOCREDIT ha dato:*

**Esito NEGATIVO** ☐

**Esito POSITIVO** ☐

*Data* _____

*Firma Dirigente Medico*