



ISIS – FERRARIS-BUCCINI MARCIANISE

Via Madonna della Libera, 131 – Marcihanise - CE – 81025 - Distr. Scol. n. 14

Segreteria Tel/fax 0823 824172 - Presidenza 0823824442

e-mail: CEIS021008@istruzione.it – PEC: CEIS021008@pec.istruzione.it

sito web: www.isismarcianise.edu.it

C.F. 93077970619 - COD.MEC. CEIS021008

Sedi associate:

CETF02101R – ITST FERRARIS - Via Madonna della Libera

CESD021015 – LICEO ARTISTICO BUCCINI - Via F.lli Onorato, 7



Circolare n. 89

Prot. ISIS " FERRARIS - BUCCINI" - -MARCIANISE
Prot. 0000231 del 12/01/2021
D13 (Uscita)

Marcianise, 12/01/2021

AI DOCENTI

AGLI ALUNNI

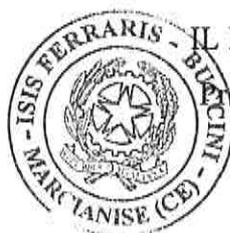
ALLE FAMIGLIE

p.c. al DSGA

AL SITO WEB

Oggetto: Ordinanza n. 1 del 05/01/2021-Disposizioni in merito alla ripresa dell'attività didattica in presenza. Regione Campania – ASL Caserta.

Si trasmette per opportuna conoscenza la nota della Direzione Generale ASL Caserta, relativa all'oggetto e corredata dei moduli per la prenotazione dei tamponi antigenici rapidi.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Domenico CAROPRESE

Regione Campania - ASL Caserta

Via Unità Italiana, 28 - 81100 Caserta
Direttore Generale (Dr. Ferdinando Russo)

Servizio Controllo di Gestione e Sistema Informativo
Dir Trasparenza
(Dir.Dr. Michele G.Tari)
mc@aslcaserta.it
michele.tari@pec.aslcaserta1.it

Ai Dirigenti Scolastici
della Provincia di Caserta

e p.c. Ai Sindaci della Provincia di Caserta

Oggetto: Ordinanza n. 1 del 5 gennaio 2021. Disposizioni in merito alla ripresa dell'attività didattica in presenza.

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta comunica che per l'esecuzione dei tamponi antigenici rapidi, nell'ambito dell'attività di screening prevista per la ripresa per l'attività didattica in presenza, saranno attivi dal 7 gennaio c.a. i seguenti Drive Through:

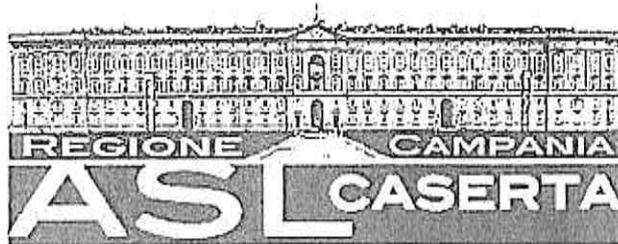
- 1) Scuola Specialisti Aeronautica Caserta Viale Doueth
- 2) Caserma Garibaldi Caserta Via Laviano
- 3) Caserma VVFF Caserta Via P.Borsellino
- 4) Via Brecciamme /Via Roma Maddaloni
- 5) Teano Località Collina S. Antonio
- 6) Aversa Via S. Lucia
- 7) Mondragone c/o Distretto Sanitario
- 8) Piedimonte Matese c/o l'ex Istituto Salesiano

E' possibile effettuare la prenotazione del tampone rapido antigenico inviando il predisposto modello di richiesta all'indirizzo di posta elettronica ioritornoascuola@aslcaserta.it con il relative numero telefonico.

Successivamente si procederà a comunicare la sede e la fascia oraria di accesso alle strutture.

Il modello, allegato alla presente, è altresì reperibile sulla home page del sito aziendale www.aslcaserta.it.

Il Direttore Generale
Ferdinando Russo



Alla ASL Caserta

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, C.F. _____

e-mail _____, telefono _____

in qualità di (docente, collab. scolastico, altro...) _____

della classe _____, istituto _____

con sede in _____

Chiede

Di poter partecipare allo screening volontario per la rilevazione del virus SARS-CoV-2 (COVID-19) ed effettuare il tampone antigenico rapido

Data

*Compilare digitalmente il modulo e fare click sull'immagine qui a destra
Il modulo verrà inviato automaticamente, non inviare scansioni o foto*



Avviso

Come stabilito nell'ordinanza n.1 del 05.01.2021 della Regione Campania, la didattica in presenza riprenderà il giorno 11.10.2021 solo per le prime e le seconde classi della scuola primaria e per la scuola dell'infanzia. Pertanto i soggetti candidabili allo screening per la rilevazione del virus SARS-CoV-2 sono il personale docente e non docente, gli alunni e i familiari conviventi, delle scuole di cui sopra.

Tutti i soggetti non candidabili, non saranno invitati a partecipare a questa prima fase di screening, gli stessi solo successivamente e compatibilmente con la ripresa graduale delle attività scolastiche verranno ricontattati a mano a mano che diventeranno candidabili allo screening.



Alla ASL Caserta

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, C.F. _____

e-mail _____, telefono _____

in qualità di (genitore, tutore, fratello..) _____

dell'alunno (cognome e nome) _____ C.F. _____

iscritto alla classe _____, istituto _____

con sede in _____

Chiede

Di poter effettuare il tampone rapido antigenico per sé stesso e per i seguenti familiari conviventi

| Grado di parentela | Cognome | Nome | Codice fiscale |
|--------------------|---------|------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

_____ Data _____

_____ Firma _____

