



*Ministero dell'Istruzione*

*Liceo Scientifico Statale "R. Donatelli"*

COMUNICAZIONE N. 288

[COM\_288 Modalità per esecuzione del tampone in farmacia.docx]

Terni, 20/01/2022

Agli studenti  
Alle famiglie  
Ai docenti  
Al RE  
Al sito

Oggetto: Modalità per esecuzione del tampone in farmacia

Si trasmette la nota AOODRUM 742 DEL 20-01-2022 e le allegate note del Commissario D'Angelo avente come oggetto "MODALITA' PER ESECUZIONE DEL TAMPONE IN FARMACIA" e la relativa modulistica da scaricare e compilare a cura dell'interessato.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO A.C.
---------------------------------------

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa LUCIANA LEONELLI

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993*



*Ministero dell' Istruzione*  
*Ufficio Scolastico Regionale per l' Umbria*

Ai Dirigenti scolastici delle scuole statali di ogni ordine e grado della Regione

Ai coordinatori delle attività didattiche delle scuole paritarie di ogni ordine e grado della Regione

*e p. c.*

All' Ambito Territoriale di Perugia

All' Ambito Territoriale di Terni

**Oggetto: Trasmissione nota del Commissario Emergenza Covid, avente per oggetto: "MODALITÀ PER ESECUZIONE DEL TAMPONE IN FARMACIA"**

Con la presente, facendo seguito alle precedenti comunicazioni di questo Ufficio (prot. n. 285 dell'11.01.2022 e prot. n. 448 del 13.01.2022), si invia la nota del Commissario Emergenza Covid, Dott. Massimo D'Angelo, unitamente ai relativi moduli, contenente precisazioni circa l'esecuzione del tampone presso la Farmacia.

Si chiede cortesemente, alle SS.LL. di garantirne la massima diffusione tra tutta la comunità scolastica.

Nel rimanere a disposizione per qualsiasi necessità o chiarimento, si ringrazia per la sempre fattiva e preziosa collaborazione.

La Dirigente

Alessandra Giuliani

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993*



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca - Ufficio  
Scolastico Regionale per l'Umbria  
drum@postacert.istruzione.it

Federfarma Umbria  
federfarmaumbria@legalmail.it

Assofarm Umbria Coordinamento Regionale  
afas@pec.it

Assessore alla salute e alle politiche sociali  
C.A. Assessore Luca Coletto

Direzione regionale Salute e Welfare  
C.A. Direttore Dott. Massimo Braganti

**e p.c** Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1  
aslumbria1@postacert.umbria.it  
C.A. Responsabili ISP C.A. Direttori Sanitari C.A. Direttori  
Amministrativi C.A. Direttori DIP C.A. Direttori Distretto

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2  
aslumbria2@postacert.umbria.it  
C.A. Responsabili ISP C.A. Direttori Sanitari C.A. Direttori  
Amministrativi C.A. Direttori DIP C.A. Direttori Distretto

Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di  
Perugia  
aosp.perugia@postacert.umbria.it  
C.A. Responsabili ISP C.A. Direttori Sanitari C.A. Direttori  
Amministrativi C.A. Direttori DIP C.A. Direttori Distretto

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni  
aospterni@postacert.umbria.it  
C.A. Responsabili ISP C.A. Direttori Sanitari C.A. Direttori  
Amministrativi C.A. Direttori DIP C.A. Direttori Distretto

Documento elettronico sottoscritto  
mediante firma digitale e conservato  
nel sistema di protocollo informatico  
della Regione Umbria



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

**Oggetto: MODALITÀ PER ESECUZIONE DEL TAMPONE IN FARMACIA**

Ai fini della gestione dei casi e contatti scolastici di cui alla Circolare dell'11.1.2022, si precisa che **l'esecuzione del tampone presso la Farmacia, compreso quello di sorveglianza al tempo T0 e T5, può avvenire solo esibendo presso la Farmacia il provvedimento ISP e compilando il modulo di autocertificazione e il consenso, che si allegano alla presente.**

Distinti saluti.

*FIRMATO DIGITALMENTE*

**Massimo D'Angelo**

**Allegati alla nota:**

- Circ.05.2022.Autocertificazione scuole (DG\_0001186\_2022)
- Circ.05.2022.Consenso informato Farmacie 0-99 (DG\_0001189\_2022)

GIUNTA REGIONALE

Direzione regionale Salute e Welfare

Commissario straordinario per  
l'emergenza COVID-19

Dirigente

Dott. Massimo D'Angelo

REGIONE UMBRIA

Via Mario Angeloni, 61 - 06124 Perugia

Telefono: .075 504 5272

FAX: 075 504 5567

Indirizzo email:

mdangelo@regione.umbria.it

Indirizzo PEC:

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI AVENTE DIRITTO ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TEST RAPIDO IN FARMACIA PER LA RILEVAZIONE DELL'ANTIGENE DEL CORONAVIRUS RIVOLTO AGLI ISCRITTI PER L'ANNO EDUCATIVO E SCOLASTICO 2021/2022 AI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI, ALLE SCUOLE PRIMARIE, ALLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO, STATALI E PARITARIE, E AI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IEFP), SVOLTI SIA PRESSO GLI ISTITUTI PROFESSIONALI STATALI, IN REGIME DI SUSSIDIARIETÀ, CHE PRESSO LE AGENZIE FORMATIVE AUTORIZZATE (Deliberazione della Giunta Regionale n. 1377 del 31/12/2021).

**(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI E COMPLETARE  
OGNI CAMPO)**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in (\*) \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

dichiaro di essere:

- studente (maggiorrenne) che frequenta la seguente Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

- genitore, anche se separato e/o non convivente dello studente, tutore/soggetto affidatario dello studente (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ che frequenta:

servizi socioeducativi all'infanzia (Nido/Scuola infanzia) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola primaria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

Scuola secondaria superiore/Percorso di IeFP (Istruzione e Formazione Professionale): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (scrivere denominazione, sede e classe della scuola frequentata);

PROVVEDIMENTO N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA  ASL N. 1  ASL N. 2

MOTIVAZIONE:  T0 /  T5 (SOLO SCUOLA PRIMARIA)

FINE ISOLAMENTO  FINE QUARANTENA

1 TAMPONE GRATUITO OGNI 15 GIORNI (SOLO FASCIA DI ETÀ 0-11 ANNI)

(\*) anche se residente fuori Regione

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



**INVESTIAMO NEL TUO FUTURO**

Carta Intestata Farmacia

Consenso informato

**(SI PREGA DI SCRIVERE A CARATTERI LEGGIBILI)**

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
E-mail	
Medico prescrittore	Cell.

In qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario di: **(da compilare in caso di minore)**

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Denominazione e sede della scuola frequentata: _____
Classe _____

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa  
e con la presente do il consenso:**

- all'esecuzione del test antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP;

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2 e all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Regione Umbria



**investiamo nel tuo futuro**

[www.regione.umbria.it/fse](http://www.regione.umbria.it/fse)