



**Allegato 2 – Modello dichiarazione dirigente scolastico**

**DICHIARAZIONE PER ESECUZIONE  
TEST ANTIGENICO RAPIDO SARS-CoV-2  
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

| Nome | Cognome |
|------|---------|
|      |         |

in qualità di Dirigente dell'Istituto scolastico qui sotto riportato:

| Codice Ministeriale<br>Istituto / Plesso * | Descrizione Istituto / Plesso |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
|                                            |                               |

| Comune | Prov. | Indirizzo |
|--------|-------|-----------|
|        |       |           |

**DICHIARA**

in accordo con il Referente Covid-19 dell'ASL territorialmente competente, che ricorrono le condizioni di cui alle circolari ministeriali prot. 50079 del 03.11.2021, prot. 1218 del 06.11.2021 e di cui alle circolari attuative emanate dalla Regione Puglia e che, pertanto, per finalità di sanità pubblica e di sorveglianza epidemiologica, deve essere eseguito un test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 in favore di:

| Nome | Cognome | Codice fiscale * |
|------|---------|------------------|
|      |         |                  |

| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita | Documento di identità |
|-------------------|-------|-----------------|-----------------------|
|                   |       |                 |                       |

| Comune di residenza | Prov. | Indirizzo |
|---------------------|-------|-----------|
|                     |       |           |

| Recapito telefonico * | e-mail * |
|-----------------------|----------|
|                       |          |

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- ☐ bambino / alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;  
☐ insegnante in servizio presso l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;  
☐ personale non docente in servizio presso l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato.

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, \_\_\_\_\_

**Il Dirigente dell'Istituto Scolastico**  
(*timbro e firma*)

**Avvertenze:**

*I dati contrassegnati dall'asterisco sono obbligatori. Il presente documento deve essere consegnato al soggetto esecutore del test antigenico rapido per SARS-CoV-2 il quale è obbligato a conservarlo, nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati e di gestione documentale. L'esecutore del test è tenuto alla registrazione immediata dell'esito nel sistema informativo regionale "IRIS" selezionando come motivo della richiesta la voce "sorveglianza scolastica".*