Liceo Scientifico "Galileo Galilei"
Trebisacce
Sezione associata: Liceo Classico "Alessi di Turi" -Trebisacce
Viale della Libertà – 87075 Trebisacce (CS)
Segreteria – Tel. 0981 51723; fax 098151723; Presidenza 098157411
Web: www.liceotrebisacce.com-e-mail: csps310001@istruzione.it
Pec: csps310001@pec.istruzione.it- Codic. Mecc. csps310001

A tutto il personale scolastico interessato
Agli studenti
Alle famiglie
Al D.S.G.A.
Via e-mail
Al sito web/circolari

LICEO SCIENTIFICO - "G. GALILEI"-TREBISACCE
Prot. 0002506 del 26/03/2021
(Uscita)

OGGETTO: Somministrazione vaccino anti-Covid - personale scolastico

Come da contatti intercorsi con gli uffici preposti, SI COMUNICA che sabato 27 marzo p.v. presso il Distretto Sanitario di Trebisacce (CS) al P.T. si procederà alla somministrazione del vaccino anti-covid al personale scolastico compreso negli elenchi trasmessi all'ASP, secondo il seguente piano orario:

GIORNO	ORE	PERSONALE (DOCENTE- NON DOCENTE) (SECONDO CRITERIO ALFABETICO DEL PROPRIO COGNOME)
27 MARZO 2021	9:00	Lettere: A e B
	10:00	Lettera: C
	11:00	Lettere: D-E-F-G-I-L
	12:00	Lettere: M-N-P
	13:00	Lettere: R-S-T-U-V

Ciascun lavoratore avrà cura di scaricare e compilare preventivamente la documentazione di seguito allegata, e consegnarla al personale sanitario all'atto della somministrazione.

Ai lavoratori in stato di fragilità e/o con patologie gravi si consiglia di consultare preventivamente il proprio medico di fiducia circa l'opportunità o meno di sottoporsi al tipo di vaccino previsto in questa fase.

Nella stessa giornata tutte le classi dell'istituto effettueranno la Didattica a Distanza al 100%:
- in modalità a-sincrona per le discipline i cui docenti dovranno sottoporsi alla vaccinazione;
- in modalità sincrona in tutti gli altri casi.

Il D.S.G.A. organizzerà i servizi amministrativi minimi in modalità smart working.

Si fa presente, altresì, che ai sensi dell'art. 31, c.5 del D.L. 22 marzo 2021 n.41 in G.U. n.70 del 22/03/2021, l'eventuale assenza dal lavoro del personale docente, amministrativo, tecnico e ausiliario per la somministrazione del vaccino contro il Covid-19, sarà considerata giustificata: non determinerà alcuna decurtazione del trattamento economico, né fondamentale, né accessorio.

In allegato le Schede informative

Il Dirigente Scolastico
F.to Elisabetta D'Elia
(Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, co 2, D. Lgs. n. 39/93)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

SCHEDA VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

□ Pfizer BioNTech □ Moderna □ AstraZeneca

***Nome:**_____

***Cognome:**_____

***Data di Nascita:**_____/_____/_____

***Codice Fiscale:** _____

***Via di residenza:**_____**N°.**_____

***Comune di residenza:**_____

***Professione:**_____

***Cellulare (obbligatorio)**_____

Email: (opzionale):_____

(da compilare a cura dei vaccinatori):

√ ***Prima somministrazione: eseguita in data**_____/_____**/2021 sede:**_____

***Seconda somministrazione: appuntamento in data:**_____/_____**/2021 sede**_____

***Numero Lotto:**_____**sc.**_____ ***sede di inoculazione: braccio: dx** ☐ **sx** ☐

*Nome infermiere:_____

√ ***Seconda somministrazione: eseguita in data**_____/_____**/2021 sede:**_____

***Numero Lotto:**_____**sc.**_____ ***sede di inoculazione: braccio: dx** ☐ **sx** ☐

*Nome infermiere:_____

***Campo obbligatorio**

A

Vaccinazione Anti-Covid 19

Consenso al trattamento dei dati personali

Dati personali

_____ **sottoscritt** ____ **(cognome e nome)** _____

_____

nat ___ **a** _____ **prov.** _____ **il** _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ **,n°** _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____ / ____ / _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al
trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.

2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.

3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.

4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.

5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma

6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

B

Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

___sottoscritt __(cognome e nome) _____

_____

nat __ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- ☐ Frequenza comunità (es.asilo)
- ☐ Convivente di soggetto ad alto rischio
- ☐ Detenuto
- ☐ Età > 60
- ☐ Forze di Polizia
- ☐ Vigili del Fuoco
- ☐ Donna in gravidanza
- ☐ Operatore Sanitario
- ☐ Operatori non Sanitari
- ☐ Anziani Lungodegenza
- ☐ Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- ☐ Personale di Laboratorio
- ☐ Residenza in area a maggior rischio
- ☐ Altra attività lavorativa a rischio
- ☐ Donatori di Sangue
- ☐ Operatore Scolastico
- ☐ Staff strutture di Lungodegenza
- ☐ Studente dell'Area Sanitaria
- ☐ Volontario del settore della Sanità
- ☐ Altro
- ☐ Soggetto vulnerabile per Patologia
- ☐ Nessuna indicazione

☐ **Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese** _____

della tipologia _____ **in data** _____

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Autocertificazione

C Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica

Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui l'etichetta adesiva

Anamnesi

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

1	Attualmente è malato?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
2	Ha febbre?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
3	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare: _____	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
4	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
5	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malatte renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
6	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
7	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
8	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
9	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
10	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
Per le donne:				
11	È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**
12	Sta allattando?	☐ **SI**	☐ **NO**	☐ **NON SO**

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

_____

_____

Scheda Anamnestica

Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- ☐ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
- ☐ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
- ☐ Dolore addominale/diarrea?
- ☐ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

4 Test COVID-19:

- ☐ **Nessun test** COVID-19 recente
- ☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____ / ____ / _____
- ☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____ / ____ / _____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

_____

_____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____

D

Vaccinazione Anti-Covid 19

Modulo di Consenso

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Consenso

Vaccinazione Anti-Covid 19

Avvenuta somministrazione

Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

Firma sanitario _____

Applica qui l'etichetta adesiva

□ Pfizer BioNTech

□ Moderna

□ AstraZeneca

√ *Prima somministrazione: eseguita in data_____/_____/2021 sede:_____

Numero Lotto_____scadenza _____1° somministrazione

_____

***Seconda somministrazione: appuntamento in data:_____/_____/2021 sede_____**

Numero Lotto_____scadenza _____2° somministrazione