



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

I.I.S. LICEO ARTISTICO STATALE "SAN LEUCIO" (CE)

Via P. Tenga, 116 - 81100 Caserta

Distr. Scol. N. 12 – Cod. I.I.S. CEIS042009 – Cod. Fisc. 93098380616

Tel. 0823304 917 - Fax 0823361565 – Tel. Presidenza 0823362304

e-mail: ceis042009@istruzione.it - pec: ceis042009@pec.istruzione.it

Sez. Associata LICEO ARTISTICO STATALE SAN LEUCIO Cod. Istituto CESD042016

Sez. Associata IPIA SAN LEUCIO - Cod. Istituto CER1042011

Sede Succursale – Viale Melvin Jones Ex Saint Gobain – 81100 Caserta – Tel. 0823326095

Sito web: <https://isanleucio.edu.it/>



SAN LEUCIO
ISTITUTO STATALE D'ARTE

Prot. n. 1669 – I.1.del 09/06/2020

Ai Presidenti di Commissione
Al personale Docente commissari d'esame
Al personale ATA in servizio
Alla DSGA
Alla referente per gli esami di stato della sede scolastica
prof.ssa Paola Di Tuoro
Al sito web: <https://isanleucio.edu.it>
Agli Atti

OGGETTO: Campagna "Scuole Sicure" della Regione Campania - indicazioni operative per tamponi al personale scolastico su base volontaria.

Vista la nota della Direzione scolastica regionale, prot. n. 12371 del 03/06/2020: *esami di stato a.s. 2020 – indicazioni operative per tamponi al personale scolastico, su base volontaria*;

Vista la nota della Direzione scolastica regionale, prot. n. 12814 del 08/06/2020, di pari oggetto,

si informa

ai soggetti in indirizzo, che è possibile recarsi presso il complesso fieristico A1 EXPO' in Viale delle Industrie a San Marco Evangelista (CE), il giorno 11/06/2020, dalle ore 09.00 alle ore 17:00, portando il modulo allegato alla presente debitamente compilato per effettuare il tampone nasofaringeo. Tale procedura è su base volontaria.

Nel caso in cui non fosse possibile presentarsi in tale data, sarà possibile andare allo stesso indirizzo dal 09/06/202 al 14/06/2020, dalle ore 09.00 alle ore 17.00, muniti della scheda citata.

F.to LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(dott.^{ssa} prof.^{ssa} Immacolata NESPOLI)

ISTITUTO SCOLASTICO **I.I.S. Liceo Artistico Statale "San Leucio" di Caserta**
CODICE MECCANOGRAFICO SCUOLA **CESD042016**

PAZIENTE SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SARS-CoV_2

PAZIENTE:

NOME:	COGNOME:
Data di nascita:	Comune di nascita:

Domicilio:

COMUNE:	PROVINCIA:
Via/n.	
TEL 1	TEL 2

Residenza (se diversa dal domicilio)

COMUNE	PROVINCIA
Via/n.:	