



Via Unità Italiana 28 – 81100 Caserta
P. I. 03519500619

DISTRETTO SANITARIO 12

Via P. Harris n°79, Area Saint Gobain
81100 Caserta

Direttore Responsabile dr.ssa A. Guida
segreteriaadis12@aslcaserta.it
Tel. 0823 445912

Asl CE Prot. n. 203641/DS12 del 24-08-2020



EMERGENZA COVID 19 ESECUZIONE TEST SIE...

Ai DIRIGENTI SCOLASTICI
Istituti Pubblici e Privati
dei Comuni di
Caserta, Casagiove, CastelMorrone, San Nicola La Strada
E p.c. Al Direttore Sanitario
ASL Caserta

Oggetto: Emergenza COVID 19 – esecuzione test sierologici al personale scolastico: indirizzi operativi.

Come da disposizioni nazionali ed aziendali, questo Distretto Sanitario n. 12 provvede attraverso i propri MMG e il proprio personale di Distretto a garantire l'esecuzione dei test sierologici al personale docente e non docente.

A tal fine, nell'ottica di una proficua ed efficace collaborazione, si chiede alle SS.LL. di:

- Trasmettere alla mail segreteria.dis12@aslcaserta.it l'elenco dei dipendenti in formato excel contenente:
 - o Cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza, n.telefono cellulare, mail e mansione
- Informare il personale di Codesti Istituti, mediante propria circolare interna, che l'esecuzione del test sierologico può avvenire attraverso le seguenti modalità
 - a) Presso il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) se ha aderito alla effettuazione del test
 - b) Presso questo Distretto Sanitario 12 (per i soli assistiti dei MMG che non hanno aderito), effettuando prenotazione al numero 0823/445912. Si allega autodichiarazione che il personale dovrà consegnare al Distretto sanitario per l'esecuzione del test.

Si confida nella collaborazione delle SS.LL. per la buona riuscita dell'intervento di Sanità Pubblica, propedeutico ad un sereno avvio dell'anno scolastico.

Si resta in attesa dell'elenco richiesto nel più breve tempo possibile.

Cordiali saluti

DIREZIONE RESPONSABILE
Dr.ssa Antonella Guida
DISTRETTO SANITARIO 12

ALLEGATO 1

AUTODICHIARAZIONE PER TEST SIEROLOGICO RAPIDO
DPR 28 dicembre 2000 n. 445
TEST SIEROLOGICI PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto
nato il/...../.....
a (.....)
residente in alla Via.....
codice fiscale
identificato con documento tipo n°..... rilasciato da
.....
in data.....
cellulare:
e-mail:

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000
n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di far parte del personale scolastico in qualità di :

Personale Docente

Personale ATA

dell'Istituto.....

Luogo e data _____

FIRMA
