



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme -BN-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Mail: distrettosanitario.tt@aslbenevento1.it
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it

Prot. Gen. 125734

data 26 NOV 2020

Ai Dirigenti Scolastici

Oggetto: Effettuazione Tamponi rapidi COVID 19-AG per Alunni e Personale Scolastico.

Si porta a conoscenza delle SS.LL che dal giorno 27.11.2020 sarà possibile effettuare i tamponi rapidi COVID 19-AG, in vista della ripresa in presenza di alcune classi ai sensi dell'ordinanza della Regione Campania n. 90/2020.

Nell'ambito del Distretto Sanitario di Telese Terme, ove insistono gli Istituti Scolastici, saranno allestite due postazioni di effettuazione tamponi in modalità "drive in".

L'effettuazione del tampone è volontaria e gratuita ed è rivolta alla popolazione scolastica delle classi 2[^], 3[^], 4[^], 5[^] elementare e 1[^] media.

In allegato, si inviano i modelli per il il Consenso informato e per il referto con i dati anagrafici da compilare da parte della Persona che si sottopone al tampone rapido.

E' importantissimo che i modelli per il Consenso e il referto siano compilati in maniera chiara puntuale e precisa e in STAMPATELLO per consentire il corretto inserimento dei dati sulla piattaforma regionale.

Il consenso informato e il foglio del referto, per la parte anagrafica, dovrà essere compilato e necessariamente esibito al momento dell'effettuazione del tampone.

In caso contrario non potrà essere in alcun modo effettuato il tampone.

Sarà cura delle SS LL avvisare gli Alunni e il Personale Scolastico e fornire copia dei consensi informati e del referto da compilare per la parte anagrafica.

Si porta a conoscenza delle SS.LL che è attivo il numero verde 800814818 così come da ordinanza n.90 della Regione Campania per prenotare i tamponi rapidi.

In seguito alla prenotazione tramite numero verde al momento della effettuazione del Tampone dovrà essere esibito il codice di prenotazione.

A tutti coloro che effettueranno il tampone rapido sarà rilasciato dopo circa 20 minuti un referto.

Di seguito si dettaglia il calendario operativo con indicazione dei giorni e dell'orario e del luogo dove si potranno effettuare i tamponi.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Sanitario di Telese Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telese Terme -BN-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Mail: distrettosanitario.tt@aslbenevento1.it
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it

Prot. Gen. 125734

data 26 NOV 2020

Paesi	Orario e giorno Postazione: TELESE TERME - Viale Europa spazio antistante campo sportivo comunale.
Solopaca- Telese Terme-	Venerdi 27.11.2020 Ore 9,00- 13,30 ore 14,30-19,00
Amorosi-Faicchio-Melizzano- Puglianello	Sabato 28.11.2020 Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00
Dugenta – Limatola- Castelvenere- Paupisi	Domenica 29.11.2020 Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00
	Orario e giorno Postazione: CERRETO SANNITA ex P.O. Maria delle Grazie
Cerreto Sannita-San Lorenzello Cusano Mutri- Pietraroja	Venerdi 27.11.2020 Ore 9,00- 13,30 ore 14,30-19,00
Guardia Sanframondi- - San Lupo-	Sabato 28.11.2020 Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00
San Salvatore Telesino-San Lorenzo Maggiore	Domenica 29.11.2020 Ore 9,00-13,30 ore 14,30-19,00

Distinti saluti.

Il Dirigente Responsabile UOS ASS SAN
Dr.ssa Giovanna Ragazzino



Il Direttore Responsabile DS TT
Dott. Pietro Altieri



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Distretto Sanitario di Telesse Terme
UOS Assistenza Sanitaria
Via Massarelli , 82037 Telesse Terme -Bn-
Telefono: 0824 943256 – Fax: 0824 943240
Pec: distrettosanitario.tt@pec.aslbenevento.it
Pec: assistenzasanitaria.tt@aslbenevento1.it

Tampone Antigenico COVID-19 **REFERTO**

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Codice Fiscale _____

- *Da compilare a cura ASL BN - Distretto Sanitario di Telesse Terme*

Si attesta che il tampone rapido antigenico Covid-19 AG/Ditta BIOCREDIT ha dato:

Esito NEGATIVO

Esito POSITIVO

Data _____

Firma Dirigente Medico