



## I.I.S.S. "LAPORTA/FALCONE-BORSELLINO"

Sede centrale: Viale Don Tonino Bello snc – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561117

Sede staccata: Viale Don Bosco, 48 – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561095

Codice Fiscale: 93140040754 – Codice Ufficio: UFJ5EL – Codice IPA: iisslfb

Email: [leis04900g@istruzione.it](mailto:leis04900g@istruzione.it) - pec: [leis04900g@pec.istruzione.it](mailto:leis04900g@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.iisslfb.edu.it](http://www.iisslfb.edu.it)



*CIRCOLARE N° 203*

*Galatina 13/01/2022*

A tutto il personale scolastico

Loro Sedi

Agli alunni e per loro tramite alle famiglie

Al Sito Web Istituto

**OGGETTO: DGR 472/2021 Piano strategico Vaccinazione anti Covid -19 per la fascia di età 12-19 anni - apertura straordinaria hub vaccinali.**

In riferimento all'oggetto il Dipartimento della Promozione della salute e del benessere animale programma un'apertura straordinaria degli hub vaccinali per consentire la vaccinazione anti Covid-19 per la fascia di età 12-19 anni al fine di garantirne, per quanto possibile, la continuità in presenza delle attività scolastiche attraverso l'innalzamento delle coperture vaccinali .

### **“La notte è giovane, 14-16 gennaio”**

ASL Lecce partecipa all'iniziativa regionale "La notte è giovane" con la vaccinazione (prima e \*terza dose) dei ragazzi di età compresa tra i 12 e i 19 anni, dal 14 al 16 gennaio ore 20-24. Accesso con prenotazione.

Si prenota a partire dalle ore 14 di martedì 11 gennaio:

-[www.lapugliativaccina.it](http://www.lapugliativaccina.it)

-i CUP e le farmacie abilitate al servizio FarmaCUP

-il numero verde 800 713931, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20

### **Punti vaccinali in cui si può prenotare la 'vaccinazione notturna':**

-Lecce, Museo Sigismondo Castromediano, viale Gallipoli

-Gagliano del Capo, Presidio territoriale di assistenza, ex Dialisi I piano, Via San Vincenzo 5 (Ex Ospedale)

-Poggiardo, Ex Asilo Infantile, Via Santa Caterina da Siena n. 2

\*La somministrazione della terza dose può avvenire dopo 4 mesi dal completamento del primo ciclo vaccinale.

Si allega la modulistica da scaricare e consegnare ai punti vaccinali.



Il Dirigente Scolastico  
Prof. Andrea VALERINI

<b>Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni</b>	
<b>DATI DEL VACCINANDO</b>	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
Scuola frequentata:	
<b>DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<input type="checkbox"/> <b>Dichiara di essere consapevole</b> che la manifestazione di consenso informato e relativa modulistica sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ ", avvenuta in data _____ è valida per tutto il ciclo vaccinale;	
<input type="checkbox"/> <b>Dichiara di essere consapevole</b> che in occasione della somministrazione della dose n. _____ resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose;	
<input type="checkbox"/> <b>ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "
<input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>NON CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.	<input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
<input type="checkbox"/> <b>RIFIUTO</b> di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 " _____ "	
Luogo e data:	
Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore	
Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)	
<i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i>	

\* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' <sup>1</sup></b> (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
<i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Codice Fiscale:	
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
<b>DICHIARA</b>	
<input type="checkbox"/> di essere il <b>Genitore del minore</b> :	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Codice Fiscale:	
<input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F "Estratto normativo")	
<input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile	
<b>In situazione di:</b> <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario	
<input type="checkbox"/> che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza	
<input type="checkbox"/> che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, l'Autorità Giudiziaria competente ha stabilito che <b>il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.</b>	
Luogo e data:	Firma del genitore dichiarante:
<i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i>	

<sup>1</sup> Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.