



LICEO SCIENTIFICO STATALE " FRANCESCO SEVERI"

Liceo Scientifico di Ordinamento - Liceo Scientifico Scienze Applicate- Liceo Linguistico – Liceo Musicale

Viale L. D'Orsi, 5 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

PBX 4 linee Tel – 0818739745 – 0818713148 – 0818739752 Fax 0810112425

CF 82011770631 - IBAN IT 15 T 01030 22100 000000723277- c.c.p.15099807

CONTO UNICO TESORERIA IT29K0100003245425300314138

NAPS110002@ISTRUZIONE.IT - NAPS110002@PEC.ISTRUZIONE.IT

Fattura elettronica: Codice Univoco Ufficio UFQ3HR

L.S.S. - "F. SEVERI" - C.MMARE
Prot. 0000707 del 29/01/2021
DS-A (Uscita)

Cds 101

Al personale ATA e docente
DSGA
Sito web
SEDE

**OGGETTO : NOTIFICA ORDINANZA N.3/2021 UNITA' CRISI REGIONALE EMERGENZA
EPIDEMIOLOGICA. RICHIESTA DATI E DISPONIBILITA' ALL'ADESIONE.**

Con riferimento all'Ordinanza n. 3/2021 in allegato alla cds e avente in oggetto la " Campagna di screening " Scuola sicura " il personale (docente e ATA) **comunicherà nel termine del 03/02/2021 la propria adesione** all'effettuazione del tampone antigenico secondo il modello in allegato che dovrà essere inviato all'indirizzo mail ordinanza3liceoseveri@gmail.com

La mancata ritrasmissione del modulo allegato sarà inteso come DINIEGO all'adesione alla campagna notificata dall'Unità di Crisi Regionale.

Si comunica che la scuola, come da ordinanza in oggetto, inserirà i nominativi del personale disponibile per le consequenziali azioni a cura dell'ASL.



Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Elena Cavaliere

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL LICEO SEVERI CASTELLAMMARE DI STABIA

ordinanza3liceoseveri@gmail.com

COMUNICAZIONE ADESIONE ordinanza n.3/2021 Unita' Crisi Regionale Emergenza epidemiologica

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

in servizio presso il Liceo Severi in Castellammare di Stabia cod. NAPS110002 nella qualita' di
.....esprime la sua volonta' di aderire alla campagna in oggetto trasmettendo i dati di seguito

riportati e che saranno inseriti nella piattaforma Sinfonia dalla scuola e utilizzati dai Medici di Medicina

Generale o dalle Aggregazioni

Funzionali Territoriali dell'ASL.

n. cellulare

Indirizzo mail.....

DATA

FIRMA.....