



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE

**Liceo Classico, Linguistico, Scientifico e delle Scienze Applicate**

Liceo Classico-Linguistico "Virgilio" (LEPC04601B): Via G. Galilei, 4 – 73100 Lecce - Tel +39 0832351724 - Fax +39 0832220161

Liceo Scientifico-Scienze applicate "F. Redi" (LEPS04601E): Via Marinelli, 8 - 73018 - Squinzano (LE) - Tel./Fax +39 0832782202

Mail: [leis046004@istruzione.it](mailto:leis046004@istruzione.it) - Web: <https://www.liceovirgilio.edu.it/>

## **Circolare n. 151/2021**

Lecce, 23 agosto 2021

*Alle Famiglie  
Agli Studenti  
Al Sito Web dell'Istituto  
SEDI DI LECCE e SQUINZANO*

Oggetto: Calendario piano strategico vaccinale Covid-19 - Integrazione

Come richiesto dalla ASL Lecce con comunicazione pervenuta in data odierna, si precisa, ad integrazione della circolare n. 150/2021, che gli studenti del nostro Liceo potranno accedere alla seduta vaccinale del **4 settembre 2021** secondo gli orari di seguito specificati:

- Ore 9.00 – 9.20: sezione A – C (Indirizzo scientifico/Scienze applicate)
- Ore 9.20 – 9.50: sezione B (Indirizzo scientifico opz. Scienze applicate)
- Ore 9.50 – 10.10: sezione A (Indirizzo classico)
- Ore 10.10 – 10.30: sezione L (Indirizzo linguistico)
- Ore 10.30 – 10.55: sezione M – E (Indirizzo linguistico)
- Ore 10.55 – 11.20: sezione N (Indirizzo linguistico)
- Ore 11.20 – 11.40: sezione O (Indirizzo linguistico)
- Ore 11.40 – 12.00: sezione P (Indirizzo linguistico)

Si ribadisce la necessità che gli studenti minorenni siano accompagnati da ambedue i genitori che dovranno firmare il modulo di consenso informato. Nell'eventualità di un solo accompagnatore, questi dovrà esibire delega dell'altro genitore, corredata di un documento di identità valido.

Si allegano alla presente circolare il modello di delega ed il modulo di consenso informato.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof. Dario CILLO*

**DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO**

**NOME COGNOME**

.....  
**DATA di NASCITA**

.....  
**LUOGO di NASCITA**

.....  
**RESIDENZA**

.....  
**Telefono**

.....  
**Mail**

.....  
**Tessera sanitaria (se disponibile)**

.....  
**CODICE FISCALE**

N. ....

---

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA' GENITORIALE**

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**  
(Nome Cognome)

.....  
**nato a** ..... **il** .....

**Documento di identità n.** .....

**Rilasciato da** .....

**Il** ..... **Scadenza** .....

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**  
(Nome Cognome)

.....  
**nato a** ..... **il** .....

**Documento di identità n.** .....

**Rilasciato da** .....

**Il** ..... **Scadenza** .....



\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**di RIFIUTARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del minore** \_\_\_\_\_

**Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

**Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

**Nome e Cognome (Medico)** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Ruolo** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

**Firma** \_\_\_\_\_

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B.**

**LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**



**DELEGA VACCINAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

---

---

---

---

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante  
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**