



ISTITUTO COMPRENSIVO "DON TONINO BELLO"
PALOMBAIO - MARIOTTO

Via Sen Sylos Labini , s.n Palombaio (BA)

Cod. Fisc.93360210723

E - mail:baic80800a@istruzione.it -

pec: baic80800a@pec.istruzione.it

Tel/fax 080/3735980 - www.icdontoninobello.gov.it

Codice Univoco IPA:UFK0WW



Prot. n. 3273

Circ. n. 48

Palombaio, 29/11/2021

Ai Sigg Docenti
di ogni ordine e grado
al presonale ATA
Al Dsga
Loro Sedi

OGGETTO: TERZA DOSE VACCINO

Si Comunica la data della terza dose dedicata al nostro Istituto, **venerdì 3 dicembre 2021 a partire dalle ore 15.00 presso la palestra della scuola media F. Rutigliano con accesso da via Amendolagine**, seguendo scrupolosamente l'elenco allegato.

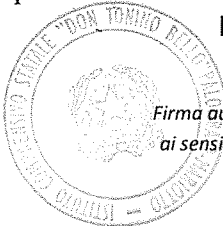
Si allega:

- elenco nominativi da vaccinare;
- allegato ASL, da consegnare all'equipe vaccinale.

Il Dirigente Scolastico

Michele Bonasia

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell.art. 2 del D.L. 39/3 comma 93



TRASMISSIONE SOLO A MEZZO POSTA ELETTRONICA
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.LGS 82/2005

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "Don Tonino Bello"
Dott. Michele Bonasia**

Oggetto: Terza dose vaccinazione antiCOVID 19 per il personale scolastico. Convocazione.

Nel richiamare le recenti disposizioni in tema di vaccinazione antiCOVID 19 per il personale scolastico, si comunica che questo servizio ha inteso convocare il personale docente e collaboratori scolastici il **03/12/21 alle ore 15.00**, presso la palestra della scuola media F. Rutigliano, sita in via prof.ssa Moschetta in Bitonto, con accesso da via prof. Amendolagine.

Si rammenta che la terza dose di vaccino può essere somministrata, trascorsi 150 giorni dalla somministrazione dell'ultima dose o dalla guarigione in caso di pregressa positività al covid 19, anche in cosomministrazione al vaccino antinfluenzale, su richiesta.

Inoltre, si precisa che la vaccinazione in oggetto può essere offerta, prescindendo dall'intervallo di somministrazione, sia a coloro che hanno ricevuto o intendono sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale. Nel rispetto delle misure di prevenzione, al fine di evitare stati di assembramento, è consentito l'accesso in struttura in numero di 30 ogni 30 minuti. Si allega alla presente la nota informativa e il consenso informato che sarà restituito all'operatore sanitario all'atto vaccinale. Si confida nella Vs. preziosa collaborazione.

Cordiali saluti.

SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
| SISP AREA NORD |

IL REFERENTE SISP AREA NORD

Dott. ONOFRIO PAGONE

(firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2,
D.L. n. 39/93)

Personale Scolastico ISTITUTO COMPRENSIVO DON TONINO BELLO PALOMBAIO-MARIOTTO

ORE 15.00

1	ALUISIO	CARMELA
3	BINETTI	MARIA ADELAIDE
3	BOCCUTO	PATRIZIA
4	BONASIA	MARIA ANTONIA
5	CALO'	IRENE
6	CANTATORE	ANNALISA
7	CANTATORE	MARIANNA
8	CAPALDI	ANGELA
9	CHIAPPERINI	GIOVANNA
10	CHIAPPERINI	PASQUA
11	CIPRIANI	FILOMENA
12	CLARIZIO	ANNAMARIA
13	COLETTA	MARIA GIUSEPPINA
14	DARSINI	LUCIA
15	DE CHIRICO	ILARIA
16	DE CHIRICO	ROSSANA
17	de MARCO	ANNA MARIA
18	DE SARIO	ANTONELLA T.
19	DEGIOSA	ANNA
20	DEVANNA	LUIGIA
21	DI BISCEGLIE	ALESSANDRA
23	FALCO	EZIA
24	FALLACARA	CECILA
25	GALLIANI	ROSARIA
26	GENOVA	ROSSELLA
27	GERMANO	ANNA CARMELA
29	GIOVINE	LAURA
30	LAVIOSA	RAFFAELLA
	ORE 15,30	
31	MAIORANO	ROSANNA
32	MASSARELLI	MARIROSA
34	MODUGNO	ANTONELLA
36	MODUGNO	EMANUELE
37	MORETTI	CARMELA
38	PAPAPICCO	MARIA
39	PERAGINE	ALESSANDRO
41	PIRAS	ILARIA EH
43	PITITTO	ELISA
43	ROMANO	ANNARITA
44	ROSELLI	CARMELA
45	SALIERNO	ANNA PAOLA
46	SALIERNO	ANNA MARIA

47	SALTARELLA	MADDALENA	
49	SANTAGATA	ERSILIA	
50	SPADAFINA	VERALISA	
51	STELLACCI	LUCIA	
52	SUMMO	ANGELA	
53	TAMBORRA	ANNA	
54	TOCCI	NICOLETTA	
55	UNGARO	FLAVIA	
56	VINO	PAOLA CHIARA	
57	LAGRASTA	GIUSEPPE	
58	TAVANO	DANILO	
59	FALLACARA	CARMELA	
60	FIorentINO	FLAVIA	
	ORE 16.00		
61	LABIANCA	FRANCESCO	
62	SORGENTE	MIRELLA	
63	STALLONE	ELISABETTA	
64	SIFANNO	CARMELINDA	
65	CALIA	LUCIA	
66	ROTUNDO	ARCANGELA	
67	CALDAROLA	ANNA RITA	
68	VACCA	EMANUELA	
69	SANTORO	ROSA	
70	ACHILLE	MARIA	
71	ACQUAFREDDA	MARTA	
71	CATINO	FRANCESCO	
72	CONTE	EMANUELE	
73	GALA	EMANUELE	
75	MININNI	ORONZO	
76	LOSPALLUTO	GIAMPIERO	
77	LABIANCA	ROSARIA	
78	PESCE	MICHELE	
78	UNGARO	PASUALINA	
79	DEL VECCHIO	MARIA	
80	TERLIZZI	MARILENA	
81	ALTAMURA	ARIANNA	
82	PALMIOTTI	GIULIA	
83	TEMPESTA	LUCIA	
84	COLELLA	ANDREA	
85	NATILLA	ANNA	

47	SALTARELLA	MADDALENA	
49	SANTAGATA	ERSILIA	
50	SPADAFINA	VERALISA	
51	STELLACCI	LUCIA	
52	SUMMO	ANGELA	
53	TAMBORRA	ANNA	
54	TOCCI	NICOLETTA	
55	UNGARO	FLAVIA	
56	VINO	PAOLA CHIARA	
57	LAGRASTA	GIUSEPPE	
58	TAVANO	DANILO	
59	FALLACARA	CARMELA	
60	FIorentINO	FLAVIA	
	ORE 16.00		
61	LABIANCA	FRANCESCO	
62	SORGENTE	MIRELLA	
63	STALLONE	ELISABETTA	
64	SIFANNO	CARMELINDA	
65	CALIA	LUCIA	
66	ROTUNDO	ARCANGELA	
67	CALDAROLA	ANNA RITA	
68	VACCA	EMANUELA	
69	SANTORO	ROSA	
70	ACHILLE	MARIA	
71	ACQUAFREDDA	MARTA	
71	CATINO	FRANCESCO	
72	CONTE	EMANUELE	
73	GALA	EMANUELE	
75	MININNI	ORONZO	
76	LOSPALLUTO	GIAMPIERO	
77	LABIANCA	ROSARIA	
78	PESCE	MICHELE	
78	UNGARO	PASUALINA	
79	DEL VECCHIO	MARIA	
80	TERLIZZI	MARILENA	
81	ALTAMURA	ARIANNA	
82	PALMIOTTI	GIULIA	
83	TEMPESTA	LUCIA	
84	NATILLA	ANNA	

MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO – “BOOSTER”)

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (o altro documento disponibile):	

DATA ULTIMA SOMMINISTRAZIONE: “ _____ ”	<input type="radio"/> Comirnaty Pfizer <input type="radio"/> Vaxzevria (Astrazeneca) <input type="radio"/> Spikevax Moderna <input type="radio"/> Janssen
--	--

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “ _____ ”
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla dose di richiamo (dose “booster”).
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino “ _____ ”	RIFIUTO la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale:	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale:

PROFESSIONISTI SANITARI DELL'EQUIPE VACCINALE	
1) Nome e Cognome (Medico): _____	2) Nome e Cognome: _____
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con “ _____ ” dopo essere stato adeguatamente informato.	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con “ _____ ” dopo essere stato adeguatamente informato.
Firma: _____	Firma: _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto sanitario ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Lungomare Starita 6, 70123 BARI tel 0805342 442 | fax 0805842 425

pec: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

mail: dipartimento.prevenzione@aslbari.it