



Alle Famiglie degli Studenti
ISS DELL'ACQUA

L'Agenzia di Tutela della Salute di Milano Città Metropolitana, in collaborazione con le Aziende SocioSanitarie del territorio e in accordo con l'Ufficio Scolastico Territoriale di Milano e Lodi, offre l'opportunità di accedere alla Vaccinazione Antinfluenzale (modalità spray nasale) per tutti gli Studenti minorenni degli Istituti Scolastici con la maggior popolazione presenti sul territorio.

Fra questi è stato individuato quello frequentato da Vostro figlio, presso le cui sedi il Personale sanitario di ASST sarà presente per effettuare le vaccinazioni il giorno GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO P.V. dalle ore 9,00 alle ore 13,00 (ulteriori aspetti organizzativi saranno successivamente concordati con il Dirigente Scolastico e da questi a Voi comunicati)

Nell'attuale contesto pandemico, infatti, la vaccinazione antinfluenzale è un alleato importante sia per la tutela della salute di chi si vaccina, sia per semplificare la gestione e le diagnosi tra i casi sospetti COVID-19 e i casi di influenza stagionale, i cui sintomi sono tra loro molto simili.

Per poter procedere operativamente è necessario che i Genitori dello studente minorenni o chi ne fa le veci, curino alcuni passaggi preliminari:

- **comunicazione entro LE ORE 15,00 DI MARTEDÌ 9 FEBBRAIO 2021, dell'adesione all'iniziativa tramite il link <https://it.surveymonkey.com/r/VaccinoAntinfluenzale>**, in modo da permettere la migliore gestione organizzativa da parte di ASST (oltre ad alcuni dati generali, sarà richiesto anche un indirizzo email per le successive comunicazioni TRA CUI LA FASCIA ORARIA PRECISA IN CUI AVVERRA' LA VACCINAZIONE, in modo da evitare assembramenti). I dati raccolti, nel rispetto della normativa sulla privacy saranno utilizzati esclusivamente per questa iniziativa e successivamente distrutti.
- compilazione e sottoscrizione della Modulistica allegata alla presente che **dovrà essere consegnata in originale al momento della Vaccinazione da parte dello Studente interessato CHE DOVRA' PRESENTARSI MUNITO DELLA SUA TESSERA SANITARIA**

Siamo certi che questa iniziativa possa trovare il Vostro consenso

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE
Walter Bergamaschi

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.Lgs. 39/93 art.3 c. 2