



SEDE "LUIGI TANZI"
Via del Frascinaro, 6
70042 - Mola di Bari
Tel/Fax 080-4735717



SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO
"ALIGHIERI - TANZI"
via del Frascinaro n. 6
70042 MOLA DI BARI
Cod. Mecc.: BAMM25700A - C.F. 93402770726
Email: bamm25700a@istruzione.it
Pec: bamm25700a@pec.istruzione.it



SEDE "DANTE ALIGHIERI"
Via Toti, 87
70042 - Mola di Bari
Tel/Fax 080-4745063

**Ai genitori della classe 1L
ai docenti della classe 1L
al personale ATA
al DSGA
al sito web
alla bacheca digitale**

Prot. N. come da stampa protocollo informatico

C.197

Mola di Bari, 03/02/2022

OGGETTO: Comunicazione positività classe 1L

Si comunica che nella classe **1L** è risultato **UNO** alunno **POSITIVO** al test SARSCoV19, quest'ultimo ha frequentato la scuola l'ultimo giorno in data mercoledì 02/02/2022.

Come previsto dalla circolare interministeriale prot. 0000011 del 08.01.2022, a seguito dell'emanazione del decreto-legge 7 gennaio 2022, n. 1, con particolare riferimento all'art. 4, risulta aggiornata la disciplina per la gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico.

In presenza di **un** caso di positività nella classe vengono disposte le seguenti misure:

- Per gli alunni appartenenti alla stessa classe del caso positivo si prevede:
 - attività didattica: in presenza. con l'**obbligo** di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo **FFP2** per almeno **10** giorni; si raccomanda di non consumare pasti a scuola a meno che non possa essere mantenuta una distanza interpersonale di almeno due metri;
 - misura sanitaria: è previsto un periodo di Auto-sorveglianza che termina al giorno 5. Durante questo periodo, è necessario monitorare il proprio stato

di salute. Alla prima comparsa dei sintomi è indicata l'esecuzione di un tampone antigenico o molecolare.

- 1) Per il personale (della scuola ed esterno) che ha svolto attività in presenza nella classe del caso positivo per almeno 4 ore, anche non continuative, nelle 48 ore precedenti l'insorgenza del caso, si applica la misura sanitaria dell'Auto-sorveglianza.

Si allega il modello di autodichiarazione per l'esecuzione del test antigenico rapido a carico del Servizio Sanitario per finalità di sorveglianza in ambito scolastico.

Il genitore e il personale scolastico presenterà all'erogatore del test tale modello di autodichiarazione debitamente compilato e sottoscritto con il riferimento (protocollo e data) della circolare in oggetto e dovrà esibire copia della circolare in formato cartaceo o digitale.

Il Preside

(Prof. Claudio Maria Pegorari)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

(art.3 del D.lgs 39/1993 e art. 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale)



**AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.
ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo residenza

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)	Prov.	Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza)

Telefono	e-mail

identificata/o a mezzo di: (allegare copia del documento)

carta di identità / patente di guida / passaporto / altro documento di riconoscimento: _____

Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Data scadenza

Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere il **GENTORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:
-----------------	--------------	------------------------

Data di nascita:	Luogo di nascita:
-------------------------	--------------------------

(in caso di genitore/tutore/affidatario) che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

Che l'esecuzione gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di **un** test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica (barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):

esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)

esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)

esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:

Denominazione istituto	Comune	Sezione	Classe	prot. nota	Data nota

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante
(firma estesa e leggibile)

L'operatore della struttura
(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.