



**A tutto il personale docente
Ai genitori della classe 1L
al personale ATA
al DSGA
al sito web
alla bacheca digitale**

Prot. N. come da stampa protocollo informatico

C.199

Mola di Bari, 04 febbraio 2022

OGGETTO: Comunicazione secondo caso di positività classe 1L

Si comunica che nella classe **1L** è presente **un altro caso di positività** al test SARSCoV19, quest'ultimo ha frequentato la scuola l'ultimo giorno in data 31/01/2022.

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 **2 casi di positività** nella classe vengono disposte le seguenti misure:

PER GLI ALUNNI APPARTENENTI ALLA CLASSE 1L CHE NON ABBIANO COMPLETATO CICLO PRIMARIO O COMPLETATO CICLO PRIMARIO DA OLTRE 120 GIORNI O GUARITI DA OLTRE 120 GIORNI E NON ABBIANO RICEVUTO DOSE DI RICHIAMO:

- **attività didattica:** sospensione dell'attività didattica in presenza e attivazione Dad per 10 giorni;
- **misura sanitaria:** quarantena di 10 giorni e rientro a scuola trascorsi i 10 giorni di quarantena con un tampone molecolare o antigenico negativo;

PER GLI ALUNNI APPARTENENTI ALLA CLASSE 1L CHE ABBIANO COMPLETATO IL CICLO PRIMARIO O GUARITI DA MENO DI 120 GIORNI O ABBIANO RICEVUTO DOSE DI

RICHIAMO:

- 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.

PER IL PERSONALE DELLA SCUOLA (anche esterno) CHE HA SVOLTO ATTIVITA' IN PRESENZA NELLA CLASSE **1L** PER ALMENO 4 ORE, ANCHE NON CONTINUATIVE, NELLE 48 ORE PRECEDENTI L'INSORGENZA DEL SECONDO CASO, SI APPLICA LA MISURA:

- Non completato il ciclo primario o completato da meno di 14 giorni, il rientro può avvenire trascorsi i 10 giorni di quarantena con un tampone molecolare o antigenico negativo;
- Completato ciclo primario da oltre 120 gg. con G.P. valido e asintomatico. il rientro può avvenire trascorsi i 5 giorni di quarantena con un tampone molecolare o antigenico negativo.
- asintomatico e fatta la dose booster o completato ciclo primario da meno di 120 gg. o guariti da meno di 120 gg. , nessuna quarantena ma auto-sorveglianza (ossia uso FFP2 per 10 giorni- Test antigenico o molecolare al primo sintomo e se ancora sintomatici a T5).

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.