



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

**Al personale docente
al DSGA
Alla bacheca elettronica
Al sito web**

Prot. N. come da stampa protocollo informatico

C.202

Mola di Bari, 7 febbraio 2022

OGGETTO: Nuove Misure da applicare in ambito scolastico in presenza di casi di positività al Covid-19

Visto il decreto legge n. 5 del 4 febbraio 2022 recante "**Misure urgenti in materia di certificazione verdi COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività nell'ambito del sistema educativo, scolastico e formativo**" si comunica che il sistema di regole previsto dalla normativa precedente è superato ed integralmente sostituito dalla nuova normativa (art. 6 del D.L. n. 5/2022) dalla quale si evince:

In presenza di 1 caso di positività nella classe vengono disposte le seguenti misure.

Per **TUTTI GLI ALUNNI** frequentanti la stessa classe del **caso positivo** si prevede:

- **didattica in presenza** con mascherine FFP2 fino al 10° giorno successivo alla conoscenza dell'ultimo caso accertato.
- **nessuna misura sanitaria.**

In presenza di 2 o più casi di positività nella classe vengono disposte le seguenti misure.

Per gli allievi frequentanti la stessa classe dei **casi positivi** si prevede:

- per i **SOGGETTI NON VACCINATI O CHE NON ABBIANO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO** (i.e. abbiano ricevuto una sola dose di vaccino delle due previste) **O CHE ABBIANO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO DA MENO DI 14 GIORNI O CHE ABBIANO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO DA PIU' DI 120 GIORNI O CHE SIANO GUARITI DA PIU' DI 120 GIORNI:**
- ❖ sospensione dell'attività in presenza e applicazione della **didattica digitale**

integrata per la durata di 5 giorni. Per i 5 giorni successivi al rientro, obbligo di indossare mascherine FFP2

- ❖ **quarantena precauzionale della durata di 5 giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo**
 - ❖ La riammissione in presenza è data mediante **esibizione dell'esito negativo del test antigenico o molecolare.**
-
- **Per i SOGGETTI CHE ABBIANO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO DA MENO DI 120 GIORNI, O CHE SIANO GUARITI DA MENO DI 120 GIORNI, O CHE SIANO GUARITI DOPO AVER COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO, O CHE ABBIANO EFFETTUATO LA DOSE DI RICHIAMO:**
 - ❖ non si applica la didattica digitale integrata ma è garantita la didattica in presenza ed è fatto obbligo di indossare **dispositivi** di protezione delle vie respiratorie di **tipo FFP2 fino al 10°** giorno dall'ultima esposizione al caso accertato.
 - ❖ **auto-sorveglianza per 5 giorni, solo in caso di sintomi effettuare tampone di controllo.**

Sia 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 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.