



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI LOGRATO

Via G.G. Morando n. 13 – 25030 Lograto - Tel. 030 9973712

e-mail: bsic85900r@istruzione.it – bsic85900r@pec.istruzione.it

- sito internet: www.iclograto.edu.it -

Cod.fisc. 98129510172 Cod. Mecc. BSIC85900R Cod. Univoco UFDLIU

Circolare n. 6

Ai genitori

Ai docenti

Agli Ata

OGGETTO: IDENTIFICAZIONE DEI CASI DI COVID-19 NELLA COLLETTIVITÀ SCOLASTICA

A seguito della Circolare della Regione Lombardia -Protocollo G1.2020.0031152 del 14/09/2020-si comunica che il Coordinamento Rete Territoriale dell'ATS consente, all'interno della rete erogativa attuale, l'accesso **senza prenotazione e con autocertificazione della motivazione** ai punti tampone accessibili tutti i giorni dal lunedì al sabato indicativamente dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e garantendo una offerta di almeno 4 ore al giorno per:

- soggetti minori
- personale scolastico docente e non docente afferente ai servizi educativi dell'infanzia e alle scuole di ogni ordine e grado.

La motivazione per l'accesso senza prenotazione ai punti tampone ricomprende due fattispecie:

a. rilevazione di sintomi a scuola

b. rilevazione di sintomi fuori dall'ambiente scolastico a seguito di indicazione del **medico di medicina generale (MMG) o del pediatra (PLS)**

TABELLA ESPLICATIVA

Soggetto interessato da eventuale sintomatologia suggestiva per CoviD-19	Scenario di insorgenza dei sintomi	Azione in capo alla persona interessata
Personale scolastico	Scuola/domicilio	La persona contatta nel più breve tempo possibile il proprio MMG. In caso di indicazione di sottoporsi a tampone, la persona si reca al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 1)
Allievo/studente da 0 a 13/14 anni dal servizio educativo per la prima infanzia a tutto il ciclo di scuola secondaria di primo grado	SCUOLA	Il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2) e comunque prende contatti con il proprio PLS
Allievo/studente da 0 a 13/14 anni dal servizio educativo per la prima infanzia a tutto il ciclo di scuola secondaria di primo grado	DOMICILIO	Il genitore del bambino contatta nel più breve tempo possibile il proprio PLS. In caso di indicazione di sottoporre il figlio a tampone, il genitore accompagna il figlio al

		punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2)
--	--	---

Si allegano i moduli di autocertificazione

MODULO 1

MODULO 2

Lograto, 16.09.2020

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Dea Antonelli

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D.Lgs. n. 39/1993)

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____ CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI' BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)

- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^\circ$

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

residente in _____ (____)

Via _____ Cell _____

e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

Data _____

In fede

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

