



ISTITUTO COMPRENSIVO "DIEGO VALERI"

30010 CAMPOLONGO MAGGIORE (VE) Via Roma, 47 - Tel. 049/5848146 - Fax 049/9744126
Codice Meccanografico VEIC80800A - C.F. 82011520275 - e-mail: veic80800a@istruzione.it



COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLE SECONDARIE

Si avvisa che in data 09/03/2022 è stato riscontrato un secondo caso di COVID-19 nel gruppo/sezione 2[^]C della scuola secondaria di I grado "D. Valeri" del Comune di Campolongo Maggiore.

Tutti gli alunni del Gruppo Classe possono, su base volontaria, effettuare un test di auto-sorveglianza (art. 5 DL 1/2022), gratuitamente, contattando il proprio Medico Curante (Medico di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta) per effettuarlo o per richiederne la prescrizione per farlo in Farmacia.

Qualora fosse disposta l'interruzione della didattica in presenza per l'identificazione di 2 o più casi in relazione allo stato vaccinale (o di guarigione da COVID-19), dovrà essere effettuato un test di fine quarantena prima di rientrare in presenza a scuola. Si precisa che per il rientro a scuola dovrà essere presentata l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST
<p>I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, <u>presentando questa comunicazione</u> presso</p> <ul style="list-style-type: none"> - le Farmacie di Comunità aderenti consultabili al link https://www.aulss3.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=21575 - le Strutture Private Convenzionate con l'Azienda Sanitaria consultabili al link https://www.aulss3.veneto.it/Dove-fare-il-tampone <p>I test potranno essere effettuati anche presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punti Tampone attivati dall'Azienda Sanitaria, tramite prenotazione (luogo e orario indicati dalla Centrale Operativa Territoriale al Referente COVID della scuola) - dal Medico Curante (compatibilmente con le disponibilità, previo accordo con lo stesso). <p>Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia presso altre strutture.</p> <p>In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.</p>

In caso di esito **POSITIVO** è sempre vietato rientrare in classe in presenza e devono essere seguite le indicazioni per l'isolamento domiciliare.

Si ricorda che queste sono indicazioni standard, che in qualsiasi momento potrebbero essere aggiornate dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'Azienda ULSS in base alla situazione specifica. Si ringrazia per la collaborazione e per il senso di responsabilità nel seguire le indicazioni formulate al fine di tutelare la salute di tutti.

SPAZIO RISERVATO ALLO STUDENTE (se MAGGIORENNE) O AL GENITORE/TUTORE

IO SOTTOSCRITTO _____ DICHIARO CHE
MIO FIGLIO _____ CF _____ ,
NATO A _____ IL _____ , FREQUENTA LA CLASSE
INTERESSATA E OGGETTO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DELLA SCUOLA E PERTANTO DEVE SOTTOPORSI AL
TEST INDICATO PER LA SORVEGLIANZA DEI CONTATTI SCOLASTICI.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____