



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 PRIMARIE

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nella classe 5^A

della scuola primaria "G. Marconi" del Comune di Campolongo Maggiore.

Tutti gli alunni del Gruppo Classe devono effettuare un test di sorveglianza appena possibile.

Gli alunni potranno rientrare a scuola in presenza dopo aver effettuato un test con esito **NEGATIVO**. Si precisa che per il rientro a scuola dovrà essere presentata l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato. Non sono necessarie altre certificazioni rilasciate dal SISP o dal Medico Curante.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST

I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso:

- Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS;
- Farmacie di Comunità;

I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.

Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture.

In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.

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

Si comunica che qualora fosse notificata la presenza di più casi positivi nella classe, sarà sospesa la didattica in presenza per 10 giorni.

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 _____