



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 27/01/2022 è stato riscontrato un caso di COVID-19 nel gruppo/sezione 1^A 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 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 comunica che qualora fosse notificata la presenza di almeno 3 casi positivi nella classe, sarà prevista la sospensione della 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 _____