



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 SCUOLA E SERVIZI PER L'INFANZIA

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nel gruppo/sezione 1^A

della scuola dell'Infanzia "Don Milani" di Bojon del Comune di Campolongo Maggiore.

Per tutti i bambini del Gruppo/Sezione l'attività in presenza è sospesa per 10 giorni. I bambini del Gruppo/Sezione non dovranno recarsi a scuola, rimanendo a casa.

L'attività in presenza a scuola sarà ripresa a partire dal giorno 31/01/2022 presentando l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato.

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

- 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>

I test potranno essere effettuati anche presso:

- 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).

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

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

In caso di mancata effettuazione del test al termine dei 10 giorni sarà possibile rientrare a scuola in presenza solo dopo 14 giorni.

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 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 _____