

INTESTAZIONE SCUOLA

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

_____ della scuola _____ del Comune di _____.

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 __/__/__ 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:

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

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

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

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 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 _____

INTESTAZIONE SCUOLA

**COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI
SCUOLE PRIMARIE**

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nella classe _____
della scuola _____ del Comune di _____.

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.

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

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 _____

INTESTAZIONE SCUOLA

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLE SECONDARIE

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nella classe _____

della scuola _____ del Comune di _____.

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 DI FINE QUARANTENA

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.

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

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 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 _____