



# III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. BRIOSCO"

Scuole dell'infanzia, primarie e secondaria di I grado



Via Lippi, 11 - 35134 Padova (PD)

Tel. 049 619116 – Fax 049 8644736

C.F. 92199040285 – C.Uff. UFMU7Q

E-mail: [pdic888005@istruzione.it](mailto:pdic888005@istruzione.it)

Pec: [pdic888005@pec.istruzione.it](mailto:pdic888005@pec.istruzione.it)

Sito Web: [www.icbriosco.edu.it](http://www.icbriosco.edu.it)

Comunicazione n. 204

Padova, 15/01/2022

Ai genitori  
Ai docenti  
della classe 4 C  
Scuola Leopardi  
Via Zize

E p.c. Al DSGA

## Oggetto: sorveglianza e test antigenico classe 4 C Scuola Leopardi Via Zize

Si avvisano gli alunni della classe 4C che saranno sottoposti a sorveglianza con test in seguito alla segnalazione di un soggetto risultato positivo a COVID-19.

**Gli alunni dovranno eseguire il primo test (T0), antigenico rapido, il giorno 16/01/22 alle ore 15.30 presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli, Via dei Colli, 6/4 (Padiglione 2 - Ambulatori di Diabetologia - ingresso laterale, seguendo le apposite indicazioni).**

Si informa che la ripresa dell'attività in presenza a scuola, è subordinata alla necessità di inviare l'attestazione precompilata, stampata, firmata e timbrata dal Punto tamponi AULSS al Referente Covid.

In attesa dell'esecuzione e della verifica delle attestazioni del primo test è sospesa l'attività in presenza.

Se il TEST E' POSITIVO, il docente/alunno dovrà rimanere in isolamento presso il proprio domicilio e rivolgersi al proprio Medico curante per la programmazione del tampone successivo e **NON DEVE** presentarsi all'appuntamento previsto dal SISP.

In presenza di ulteriori positività verrà disposta la quarantena.

**Gli alunni dovranno effettuare il secondo test, antigenico rapido, il giorno 21/01/22 alle ore 13.30 presso lo Stadio Euganeo, via Nereo Rocco 60 (Viale interno - Curva Sud - Sala Progetto Giovani).**

Qualora non vengano eseguiti i tamponi previsti, l'alunno dovrà rimanere in quarantena per 14 giorni in assenza di sintomi.

I docenti saranno sottoposti ad **AUTO-SORVEGLIANZA** che avrà una durata di 5 giorni fino al **18/01/22** compreso, con l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno dieci giorni fino al **23/1/22** compreso.

**Si raccomanda ai docenti di eseguire i test (T0 e T5) nella data e orario indicati in precedenza.**

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordiali saluti

*F.to Dr.ssa Ivana Simoncello*  
Il Direttore U.O.C. Servizio Igiene Sanità Pubblica

IL DIRIGENTE  
Stefano Rotondi



## ATTESTAZIONE DELL'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE E RICEVUTA DEL RISULTATO

Si attesta che (nome e cognome)\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ha effettuato in data \_\_\_\_\_ un test per la ricerca di SARS-CoV-2 e che l'esito è stato comunicato all'interessato secondo le modalità definite dall'Azienda ULSS.

LUOGO E DATA

 TIMBRO E FIRMA  
 DELL'OPERATORE DELL'ULSS/AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Da stampare e portare pre-compilato al Punto Tamponi**



**III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. BRIOSCO"**  
*Scuole dell'infanzia, primarie e secondaria di I  
 grado*



Via Lippi, 11 - 35134 Padova (PD)  
 Tel. 049 619116 – Fax 049 8644736  
 C.F. 92199040285 – C.Uff. UFMU7Q

E-mail: [pdic888005@istruzione.it](mailto:pdic888005@istruzione.it)Pec: [pdic888005@pec.istruzione.it](mailto:pdic888005@pec.istruzione.it)Sito Web: [www.icbriosco.edu.it](http://www.icbriosco.edu.it)

Il sottoscritto (nome e cognome)\_\_\_\_\_ genitore di (nome e cognome)\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in casi di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzioni per COVID - 19 per la tutela della salute della collettività. Dichiaro sotto la propria responsabilità che l'esito del proprio figlio è

- POSITIVO  
 NEGATIVO

Firma del genitore

\_\_\_\_\_