



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
Pec: pdic888005@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icbriosco.edu.it

Comunicazione n. 281

Padova, 02/02/2021

Ai genitori
Ai docenti
della classe 3 B
Scuola Briosco
E p.c. AI DSGA

Oggetto: quarantena e test antigenico classe 3 B Scuola Briosco.

Gentilissimi,

gli alunni che rientrano in una delle seguenti categorie:

- non sono vaccinati;
 - non hanno concluso il ciclo primario di vaccinazione;
 - hanno concluso il ciclo primario di vaccinazione da meno di 14 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
 - hanno concluso il ciclo primario di vaccinazione da più di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
 - guariti da più di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
- sono sottoposti a **QUARANTENA fino al 28.1**, data in cui potranno recarsi ad eseguire il **test antigenico rapido per il rientro a scuola** presso:

- Puntii Tamponi attivati dalle Aziende ULSS (su prenotazione al link: <https://www.aulss6.veneto.it/Punti-tamponi-COVID-ULss-6-Euganea-modalit-di-accesso-e-sedi>);
- Farmacie di Comunità aderenti consultabili al link: <https://www.aulss6.veneto.it/Punti-Tampone-presso-Farmacie>;

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.

I minori devono essere accompagnati da un genitore o suo delegato munito di delega scritta.

Se il TAMPONE E' NEGATIVO, gli alunni dovranno inviare l'attestazione o l'esito del tampone al Referente Covid.

Se il TAMPONE E' POSITIVO, l'alunno sarà posto in isolamento e dovrà contattare il proprio Medico Curante per la programmazione di ulteriori tamponi.

Qualora non venga eseguito il test previsto, l'alunno dovrà rimanere in quarantena per 14 giorni in assenza di sintomi.

I docenti che

- hanno concluso il ciclo primario di vaccinazione da più di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
- guariti da più di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;

saranno sottoposti a **QUARANTENA fino al 23.1** .

I docenti dovranno effettuare il TEST antigenico rapido il giorno 23.1

Qualora non venga eseguito il tampone finale previsto, il docente dovrà rimanere in quarantena per 14 giorni in assenza di sintomi.

Gli alunni e docenti che rientrano in una delle seguenti categorie:

- hanno concluso il ciclo primario di vaccinazione da meno di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
- guariti da meno di 120 giorni dalla data di contatto con l'ultimo positivo;
- hanno eseguito la dose di richiamo (booster);

saranno sottoposti ad **AUTO-SORVEGLIANZA che avrà una durata di 5 giorni fino al 23.1 compreso, con l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno dieci giorni fino al 28.1 compreso**. Gli alunni e docenti hanno la possibilità di effettuare il test antigenico rapido T5 con impegnativa tramite prenotazione nei punti tamponi dell'AULSS6 al seguente link <https://euganea.myprenota.it/tamponi-impegnativa>.

I REQUISITI PER POTER FREQUENTARE IN PRESENZA, IN REGIME DI AUTO-SORVEGLIANZA, DEVONO ESSERE DIMOSTRATI DALL'ALUNNO INTERESSATO. L'ISTITUZIONE SCOLASTICA, PER EFFETTO DELL'INTERVENTO LEGISLATIVO, E' ABILITATA A PRENDERE CONOSCENZA DELLO STATO VACCINALE DEGLI STUDENTI IN QUESTO SPECIFICO CASO. LA VERIFICA DOVRA' ESSERE EFFETTUATA QUOTIDIANAMENTE, PER I DIECI GIORNI SUCCESSIVI ALLA PRESA DI CONOSCENZA DEI DUE CASI DI POSITIVITA' NELLA CLASSE DI APPARTENENZA.

In presenza di eventuali nuove positività, che dovranno essere tempestivamente notificate al SISP, verranno disposti ulteriori provvedimenti.

Durante il periodo di auto-sorveglianza è necessario rispettare, in modo responsabile, alcune raccomandazioni:

- è fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso. Il periodo di auto-sorveglianza termina al giorno 5. E' prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene Sars-Cov-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al Covid-19;
- Si raccomanda di non consumare pasti a scuola a meno che non possa essere mantenuta una distanza interpersonale di almeno due metri;
- non è consentito accedere o permanere nei locali della scuola ai soggetti con sintomatologia respiratoria o temperatura corporea superiore a 37,5°.

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 ERICEVUTA 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
Pec: pdic888005@pec.istruzione.it
Sito Web: 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
