



# 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)

Circ. n. 178

Padova 26/02/2021

Ai genitori degli alunni  
della classe 2C Scuola "A. Briosco"  
e p.c. al DSGA

## **OGGETTO: QUARANTENA CLASSE 2C SCUOLA "A. BRIOSCO"**

Gentili genitori,

A seguito della notifica di positività a COVID-19 a carico della **classe 2C** di Codesto Istituto, si avvisano i genitori, **che tutti gli alunni della classe verranno sottoposti a quarantena fino al giorno 06/03/2021.**

**Al termine della quarantena, gli alunni dovranno effettuare il TAMPONE il giorno 06/03/2021 alle ore 10 presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli, Via dei Colli, 6/4 (Padiglione 2 - Ambulatori di Diabetologia - ingresso laterale, seguendo le apposite indicazioni).**

**I minorenni devono essere accompagnati da un genitore.**

**Tale procedura è riservata agli alunni indicati come contatti scolastici, mentre il caso positivo seguirà un iter differente.**

**Prima dell'esecuzione del tampone, i genitori dovranno far pervenire alla Scuola il Consenso fornito in allegato.**

**Se il TAMPONE E' NEGATIVO, i genitori degli alunni dovranno presentare una copia del referto al Referente Covid/Direzione Scolastica che è autorizzato/a a riammetterli alla frequenza scolastica.**

**Se il TAMPONE E' POSITIVO, l'alunno sarà posto in isolamento e potrà riprendere la frequenza scolastica con certificazione di fine contumacia rilasciata dal proprio Medico Curante.**

Il risultato del tampone effettuato può essere visualizzato dai genitori attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale se attivato.

Qualora non venga firmato il Consenso all'esecuzione del tampone o non venga eseguito il tampone prescritto, l'alunno dovrà mantenere l'isolamento per 14 giorni in assenza di sintomi.

Si ringrazia per la collaborazione.  
Cordiali saluti

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

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Stefano Rotondi

Referente COVID: Prof.ssa **Maria Carnazzo**, Prof. **Paolo Cardella**

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO  
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

genitore (o tutore legale) di \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato o sede individuata dalla AULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvista la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

*Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_

*Il genitore/tutore legale (firma leggibile) \_\_\_\_\_*