



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. 203

Padova, 15/01/2022

Ai genitori
Ai docenti
della classe 5 F
Scuola Leopardi
Via Crivelli

E p.c. Al DSGA

Oggetto: sorveglianza e test antigenico classe 5F Scuola Leopardi Via Crivelli.

Si avvisano gli alunni della classe 5F 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 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 alle ore 17.30 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 16/01 compreso, con l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno dieci giorni fino al 21/01 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.itPec: pdic888005@pec.istruzione.itSito 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
