



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

Com. n. 259

Padova 27/05/2021

Alle famiglie degli alunni classe 1 A
Scuola Leopardi Via Crivelli

Oggetto: Esecuzione TEST antigenico classe 1 A Scuola Leopardi Via Crivelli.

Si comunica che **gli alunni della classe 1A PRIMARIA LEOPARDI**, a seguito della notifica di un caso positivo a COVID-19, dovranno eseguire il **primo test antigenico rapido di 2^a/3^a generazione o test molecolare il giorno 28/05/2021 alle ore 9.00 presso il Distretto 1, presso lo Stadio Euganeo, [via Nereo Rocco 60](#) (Viale interno - Curva Sud - Sala Progetto Giovani).**

Si ricorda che i tamponi non possono essere eseguiti in farmacia in quanto come indicato dal Protocollo d'intesa della Regione Veneto non possono accedervi contatti di casi positivi o persone sintomatiche.

Si informa che **la ripresa dell'attività scolastica in presenza è subordinata alla necessità di possedere l'esito negativo dei test di tutti gli alunni della classe che devono essere inviati dai genitori alla scuola.**

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

In attesa dell'esecuzione e della verifica degli esiti del primo test è sospesa l'attività didattica in presenza.

L'attività didattica in presenza può essere ripresa se non emergono ulteriori positività con il primo test di screening e viene disposta la sorveglianza stretta, pertanto dovranno essere rispettate le disposizioni presenti in Allegato 1.

Se il TEST E' POSITIVO, l'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.

Il risultato può essere visualizzato nel Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale se attivato.

In presenza di ulteriori positività verrà disposta la quarantena.

-
Al termine del periodo di sorveglianza stretta, gli alunni dovranno effettuare il secondo test antigenico rapido di 2^a/3^a generazione o test molecolare il giorno 05/06/2021 alle ore 8.00 presso il Distretto 1, presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli, [Via dei Colli, 6/4](#) (Padiglione 2 - Ambulatori di Diabetologia - ingresso laterale, seguendo le apposite indicazioni).

Si ricorda che nell'eventualità di rifiuto a sottoporsi a test di screening devono essere rispettati i 14 giorni di quarantena in assenza di sintomatologia sospetta per COVID-19. Per il ritorno a scuola vi è necessità di presentare certificato del Medico curante che attesta l'assenza di sintomatologia per tutta la durata del periodo.

Tutti i rifiuti vanno comunicati tempestivamente da parte della Scuola al SISP.

Si ricorda che il SISP può valutare la possibilità di disporre la quarantena per tutti i contatti scolastici in presenza di molteplici rifiuti.

Si ricorda che i positivi non devono presentarsi ai tamponi previsti da codesta comunicazione, ma rivolgersi al proprio Medico curante.

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordiali saluti

F.to Dr.ssa Ivana Simoncello

Il Direttore U.O.C. Servizio Igiene Sanità Pubblica

Il Dirigente
Prof. Stefano Rotondi

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 sottotela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____ Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____