ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CODEVIGO
Scuole dell'Infanzia, Primarie e Secondarie di Primo Grado
di Arzergrande, Brugine e Codevigo

Codice Fiscale n. 80013420288 **Tel. 0495817860**
Via Garubbio, 43 **Cod. Mecc. PDIC87000X**
35020 Codevigo (Pd) **www.istitutocomprensivodicodevigo.edu.it**
e-mail: pdic87000x@istruzione.it *pec:* pdic87000x@pec.istruzione.it

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLA E SERVIZI PER L'INFANZIA

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nel gruppo/sezione _____

della scuola _____ del Comune di _____,

codice meccanografico/ fiscale _____.

Per tutti i bambini del Gruppo/Sezione l'attività in presenza è sospesa per 10 giorni. I bambini del Gruppo/Sezione non dovranno recarsi a scuola, rimanendo a casa.

L'attività in presenza a scuola sarà ripresa a partire dal giorno ___/___/_____ presentando l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST
I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso: - Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS (su prenotazione dal 07.02.2022 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; - Strutture Sanitarie Private aderenti (di prossima autorizzazione che saranno pubblicate sul sito AULSS) 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.**

In caso di mancata effettuazione del test al termine dei 10 giorni sarà possibile rientrare a scuola in presenza solo dopo 14 giorni.
In caso di esito **POSITIVO** è sempre vietato rientrare in classe in presenza e devono essere seguite le indicazioni per l'isolamento domiciliare.

Si ricorda che queste sono indicazioni standard, che in qualsiasi momento potrebbero essere aggiornate dal Servizio Igiene e Sanità pubblica (SISP) dell'Azienda ULSS in base alla situazione specifica. Si ringrazia per la collaborazione e per il senso di responsabilità nel seguire le indicazioni formulate al fine di tutelare la salute di tutti.

SPAZIO RISERVATO AL GENITORE/TUTORE

IO SOTTOSCRITTO _____ DICHIARO CHE

MIO FIGLIO _____ CF _____ ,

NATO A _____ IL _____ , FREQUENTA LA CLASSE

INTERESSATA E OGGETTO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DELLA SCUOLA E PERTANTO DEVE SOTTOPORSI AL TEST INDICATO PER LA SORVEGLIANZA DEI CONTATTI SCOLASTICI.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____