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 SCUOLE PRIMARIE

Si avvisa che sono stati riscontrati più casi di COVID-19 nella classe _____

della scuola _____ del Comune di _____

codice meccanografico/ fiscale _____.

Per tutti i bambini della classe l'attività in presenza è sospesa per 10 giorni. I bambini della classe 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 _____