



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
Istituto Scolastico Comprensivo
"Giovanni XXIII"
Scuola dell'Infanzia e del 1° ciclo di istruzione

71037 – Monte Sant'Angelo (FG) – Via Sant'Antonio Abate, 92

Cofisco: 83003020712 – Cod. Meccanografico: FGIC83100Q – Cod. Univoco: UFJLON

Tel.: 0884561316 – Fax: 0884568344 – Sito web: www.istitutogiovanni23.edu.it – E-mail: fgic83100q@istruzione.it - fgic83100q@pec.istruzione.it



Circ. n. 132

Monte Sant'Angelo, 27 gennaio 2022

Ai Genitori degli Alunni
Al Personale Docente e Ata
Loro Sedi

Nel Sito web dell'Istituzione – Albo on line e Sez. Circolari
Nel Registro elettronico e agli Atti

Oggetto: Gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico – Indicazioni operative – Aggiornamento.

Al fine di garantire una rapida presa in carico e gestione dei casi in ambito scolastico da parte dei competenti Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e nelle more che possano essere ridefinite le disposizioni nazionali con l'obiettivo di semplificare e rendere più efficace la gestione dei casi in ambito scolastico, la Regione Puglia, con Nota prot. n. 744 del 26/01/2022, ha definito le seguenti indicazioni operative di cui si invita a prendere atto a modifica e integrazione di quelle fornite precedentemente.

1. Accesso ai test antigenici rapidi a carico del Servizio Sanitario per finalità di sorveglianza scolastica

Al fine di agevolare l'esecuzione del test antigenico rapido, secondo le tempistiche definite dalle disposizioni nazionali e regionali, presso gli erogatori (farmacie, laboratori di analisi, strutture sanitarie, PLS/MMG) facenti parte della rete regionale degli erogatori SARS-CoV-2, sono approvati i modelli di autodichiarazione allegati alla presente circolare, da utilizzarsi a far data dal 26.01.2022 per l'erogazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario, dei test per finalità di "Sorveglianza scolastica".

Il test antigenico rapido per le finalità:

- di sorveglianza scolastica dei bambini che sono contatti di casi confermati (positivi) scolastici della scuola primaria (6-11 anni), ossia il T0 (Tamponi al tempo zero) e il T5 (Tamponi al tempo 5);
- di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini di scuola dell'infanzia (0-6 anni);
- di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini di scuola primaria (6-11 anni);
- di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni di scuola secondaria di I grado (per i soli casi previsti dalla Circolare interministeriale prot. n. 11 del 08.01.2022 e contenuti nella Ns. Circolare n. 107 del 14/01/2022);

può essere erogato – fino a nuova disposizione – a condizione che:

- A. il Dirigente Scolastico produca specifica comunicazione, notificata mediante il Registro elettronico di classe, in favore delle famiglie/tutori/affidatari dei minori indicando la presenza di uno o più casi scolastici con conseguente attivazione delle misure previste dalle disposizioni nazionali e dalle circolari regionali (T0, T5 e/o T10);
- B. il Genitore/Tutore/Affidatario del minore:
 - a. presenti all'erogatore del test il modello di autodichiarazione allegato alla presente

- circolare (**Allegato 1**), debitamente compilato e sottoscritto, in cui dovrà riportare il riferimento (protocollo e data) della comunicazione del Dirigente Scolastico;
- b. produca copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
 - c. esibisca la stampa o la copia digitale della comunicazione del Dirigente Scolastico;
 - d. esibisca la tessera sanitaria del soggetto che si sottopone al test, come già previsto dalla normativa vigente in materia di accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Personale scolastico

La procedura di cui al punto precedente si applica anche al personale scolastico, docente e non docente, che è stato a contatto con un “caso confermato” in ambito scolastico (cfr. Circolare interna n. 107 del 14/01/2022). Tali operatori potranno accedere all’esecuzione del test antigenico rapido esibendo il modello di autodichiarazione che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto.

3. Rientro a scuola

Per il rientro a scuola sarà sufficiente l’esibizione da parte del genitore/tutore/affidatario del minore, nonché del personale scolastico, dell’attestato di esito negativo del test antigenico rapido effettuato per le finalità di sorveglianza scolastica.

Si specifica, inoltre, che gli alunni/studenti e il personale scolastico appartenenti a sezioni/classi in quarantena che non effettuano il test al decimo giorno, ma che osservano i 14 giorni di quarantena dal contatto con il caso Covid-19, devono produrre al rientro a scuola una autocertificazione di assenza di sintomatologia, secondo il modello **Allegato 2**.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Enza M. A. Santodirocco
Documento firmato digitalmente
(D.lgs. 82/2005 e norme correlate)



**AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.
ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita
Comune di residenza	Prov.	Indirizzo residenza
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)	Prov.	Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza)
Telefono	e-mail	

identificata/o a mezzo di: (allegare copia del documento)

carta di identità / patente di guida / passaporto / altro documento di riconoscimento: _____

Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Data scadenza

Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere il **GENTORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:

Data di nascita:	Luogo di nascita:

(in caso di genitore/tutore/affidatario) che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

Che l'esecuzione gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di **un** test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica (barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):

esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)

esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)

esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:

Denominazione istituto	Comune	Sezione	Classe	prot. nota	Data nota

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante
(firma estesa e leggibile)

L'operatore della struttura
(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.



Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto scolastico

AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo residenza

Telefono	e-mail

in possesso del seguente documento di riconoscimento: *(allegare copia del documento)*

carta di identità / patente di guida / passaporto / altro documento di riconoscimento: _____

Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Data scadenza

Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO del minore:**

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:

Data di nascita:	Luogo di nascita:

(in caso di genitore/tutore/affidatario)

che il proprio congiunto ha osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

che il proprio congiunto non presenta stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

(in caso di operatore scolastico/alunno maggiorenne)

di aver osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

di non presentare stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il dichiarante
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.