



**ISTITUTO COMPRENSIVO G. BERTACCHI**

**VIA PINDEMONTI 2 - BUSTO ARSIZIO**

tel. 0331.631953

segreteria@istitutobertacchi.it - VAIC857005@pec.istruzione.it

[www.istitutobertacchi.edu.it](http://www.istitutobertacchi.edu.it)



Circ. n. 17

Busto Arsizio, 30/09/2020

AI SIGG. GENITORI

AI SIGG. DOCENTI

AL PERSONALE A.T.A

AL DSGA

SCUOLA PRIMARIA E  
SECONDARIA

AL SITO WEB

**Oggetto:** indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2

Si indicano le operazioni da mettere in atto per la gestione dei casi in oggetto e per altri tipi di assenza.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**dott.ssa Fabiana Donatella Ginesi**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D. Lgs n. 39/93

## ASSENZE DA SCUOLA: COSA FARE

	<b>Cosa fa LA SCUOLA</b>	<b>Cosa fa LA FAMIGLIA</b>	<b>RIAMMISSIONE A SCUOLA</b>
<b>Allontanamento da scuola con sintomi Covid</b>	<p>Il minore viene posto in ambiente dedicato con assistenza di personale ATA con i presidi necessari.</p> <p>I genitori vengono informati ed invitati a prendere il minore.</p> <p>Il responsabile Covid del plesso consegna ai genitori il modulo di allontanamento (Mod. A – Allontanamento) e l'Autodichiarazione per tampone rapido, timbrata dalla scuola (<a href="#">Mod. 2 – Autodichiarazione Minori</a>)</p>	<p>La famiglia si rivolge al Pediatra che invia, se necessario, al centro tampone rapido.</p>	<p><b>ESITO NEGATIVO:</b> il Pediatra redige attestazione di riammissione nella quale dichiara che l'alunno può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19.</p> <p>Il certificato va consegnato all'insegnante di classe.</p> <p><b>ESITO POSITIVO:</b> il Pediatra prende in carico il paziente e predispone il corretto percorso diagnostico/terapeutico.</p> <p>Dopo la conferma di avvenuta guarigione (con l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro risultati negativi), predispone "Attestazione di nulla osta all'ingresso o al rientro in comunità".</p> <p>Il certificato va consegnato all'insegnante di classe.</p>
<b>Sintomi COVID a casa</b>		<p>Il genitore del minore contatta nel più breve tempo possibile il proprio Pediatra e, in caso di indicazione a sottoporre il figlio a tampone, accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (<a href="#">Mod. 2 – Autodichiarazione Minori</a>)</p>	<p><b>ESITO NEGATIVO:</b> il Pediatra redige attestazione di riammissione: il minore può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19.</p> <p>Il certificato va consegnato all'insegnante di classe.</p> <p><b>ESITO POSITIVO:</b> il Pediatra prende in carico il paziente e predispone il corretto percorso diagnostico/terapeutico.</p> <p>Dopo la conferma di avvenuta guarigione (con l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro risultati negativi), predispone "Attestazione di nulla osta all'ingresso o al rientro in comunità".</p> <p>Il certificato va consegnato all'insegnante di classe.</p>
<b>Assenza generica o allontanamento senza sintomi Covid</b>			<p>Riammissione a scuola con giustificazione scritta e autocertificazione stato salute (sul sito MOD. A)</p> <p><a href="http://www.istitutobertacchi.gov.it/wp-content/uploads/2020/09/Autocertificazione-STATO-DI-SALUTE-COVID-19.pdf">http://www.istitutobertacchi.gov.it/wp-content/uploads/2020/09/Autocertificazione-STATO-DI-SALUTE-COVID-19.pdf</a></p>

**MOD.2 REGIONE LOMBARDIA**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone

**DICHIARA ALTRESI'**

**BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (\*):
  - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
  - DISSENTERIA
  - CONGIUNTIVITE
  - FORTE MAL DI TESTA
  - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
  - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
  - DOLORI MUSCOLARI
  - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
  - FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$
  
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**NOTA BENE:** Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**(\*)** In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo



## **MODELLO ALLONTANAMENTO per sintomi Covid**

In data ..... alle ore .....

- la/lo studente .....
- Il dipendente .....

Affetta/o da sintomi compatibili con infezione COVID-19:

- è stato posto in isolamento nel locale destinato all'uso
- è stato dotato di mascherina chirurgica

£(se dipendente)

Dopo ulteriori accertamenti da parte del referente Covid, è stato chiesto al soggetto di lasciare il luogo di lavoro e di avviare le procedure secondo quanto riportato nelle "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia"

£(se studente)

Dopo ulteriori accertamenti da parte del referente Covid, sono stati avvisati i responsabili della potestà genitoriale, che hanno provveduto al prelievo del soggetto alle ore ..... venendo contestualmente informati sulle procedure da attivare secondo quanto riportato nelle "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia"

## **II REFERENTE COVID**

.....

## **L'INTERESSATO/IL TITOLARE DELLA POTESTA' GENITORIALE**

.....