



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " MELVIN JONES - COMES "

Protocollo numero: **1286 / 2022**

Data registrazione: **28/01/2022**

Tipo Protocollo: **USCITA**

Documento protocollato: **CIRCOLARE GESTIONE CASI COVID 19 IN AMBITO SCOLASTICO
AGGIORNAMENTO al 28.01.2022.pdf**

IPA/AOO: **AE791E0**

Oggetto: **Salute degli alunni**

Destinatario:

DOCENTI, ATA, GENITORI, DSGA, RSU

Ufficio/Assegnatario:

LATELA ANNALISA (DIRIGENTE SCOLASTICO)

Protocollato in:

Titolo: **4 - DIDATTICA**

Classe: **8 - Salute e prevenzione**

Sottoclasse: - - -

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA

ISTITUTO COMPENSIVO

“MELVIN JONES – ORAZIO COMES”

e-mail: BAIC874009@istruzione.it

sito web: www.icjonescomes.edu.it

via Melvin Jones, 11
70043 - Monopoli (Ba)

Tel. / fax 080/887 68 54
C.F. 93423560726

Prot. *vedi segnatura*

Monopoli, *vedi segnatura*

Ai genitori

Ai Referenti COVID di tutti i plessi

Ai docenti

Al Personale ATA

Al sito web

OGGETTO: Gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico – Indicazioni operative – AGGIORNAMENTO

Si comunica alle SS.LL. che, 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 la gestione e rendere più efficace il governo dei casi in ambito scolastico, sono state definite le seguenti indicazioni operative di cui si invita a prendere atto a integrazione di quanto già in essere:

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".

L'esecuzione del test antigenico rapido per le finalità:

- a) di sorveglianza scolastica dei bambini che sono contatti di casi confermati (positivi) scolastici delle scuole primarie (6-11 anni) ossia il T0 (Tamponi al tempo zero) e il T5 (Tamponi al tempo 5);
- b) di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini delle scuole del sistema integrato di educazione e istruzione (0-6 anni);
- c) di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini delle scuole primarie (6-11 anni);

d) di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni minorenni o maggiorenni delle scuole secondarie di I e II grado (per i soli casi previsti dalla Circolare interministeriale prot. 000011 del 08.01.2022);

possono essere erogati – fino a nuova disposizione – a condizione che:

1. il Dirigente dell'Istituto Scolastico produca specifica comunicazione, notificata mediante il Registro elettronico di classe, in favore delle famiglie/tutori/affidatari dei minori nonché degli alunni maggiorenni indicando la presenza di uno o più casi scolastici con conseguente attivazione delle misure previste dalle disposizioni nazionali e dalle circolari regionali (T0);
2. il Dirigente dell'Istituto Scolastico produca specifica comunicazione, notificata mediante il Registro elettronico di classe, in favore delle famiglie/tutori/affidatari dei minori nonché degli alunni maggiorenni al fine dell'esecuzione del test successivo (ove previsto) (T5 e/o T10);
3. il genitore/tutore/affidatario del minore nonché l'alunno maggiorenne:
 - a. presenti all'erogatore del test il modello di autodichiarazione allegato alla presente circolare (**Allegato 1**), debitamente compilato e sottoscritto ove dovrà riportare il riferimento (protocollo e data) della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico;
 - b. produca copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
 - c. esibisca la stampa o in formato digitale la copia della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico;
4. l'erogazione avvenga sempre previa esibizione della 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. Erogazione dei test antigenici rapidi per finalità di sorveglianza scolastica

Gli erogatori facenti parte della rete regionale SARS-CoV-2 (farmacie, laboratori di analisi e relativi punti prelievo, PLS/MMG) autorizzati all'erogazione dei test per motivi di sanità pubblica e sorveglianza scolastica (elenchi in via di pubblicazione sui siti istituzionali della Regione Puglia e Portale regionale della Salute) dovranno:

- a) accettare le autodichiarazioni debitamente compilate dai genitori/tutori/affidatari dei minori e dagli alunni; maggiorenni e complete della copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
- b) verificare i dati presenti nelle autodichiarazioni le quali dovranno essere sottoscritte in presenza dell'operatore della struttura erogatrice (incaricato di pubblico servizio);
- c) verificare e utilizzare i dati presenti nella tessera sanitaria del bambino/alunno per la registrazione informatica;
- d) sottoscrivere, per verifica e accettazione, le autodichiarazioni ricevute e da conservarsi agli atti della struttura erogatrice per ogni eventuale verifica;
- e) rilasciare copia dell'autodichiarazione (ove richiesto) in favore dell'interessato/a;
- f) erogare il test antigenico rapido il quale dovrà rientrare nell'elenco europeo dei test ammessi;
- g) registrare immediatamente e correttamente nel sistema informativo regionale "IRIS" (Gestione semplificata) tutti i dati previsti;
- h) generare e stampare l'attestato di esito del test antigenico rapido da consegnarsi al genitore /tutore/affidatario del minore o all'alunno maggiorenne.

In caso di esito positivo al test, il soggetto dovrà osservare immediatamente l'isolamento domiciliare e attendere le indicazioni del SISP ASL territorialmente competente.

3. 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. Tali operatori potranno accedere all'esecuzione del test antigenico rapido esibendo il modello di autodichiarazione che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto.

4. Rientro a scuola

Per il rientro a scuola sarà sufficiente l'esibizione da parte del genitore/tutore/affidatario del minore o all'alunno maggiorenne 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 presente comunicazione ha valore di notifica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Annalisa LATELA

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi
del D. Lgs. 82/2005 ss. mm. ii. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*



**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.