



LICEO "RISPOLI - TONDI"

SCIENTIFICO - CLASSICO

Viale 2 Giugno - 71016 SAN SEVERO (FG)

Tel. 0882/22.24.19 - Fax 0882/22.39.12 - Cod. Fisc. 93071630714 - Cod. Mecc. FGPS210002

PEO: fgps210002@istruzione.it - PEC: fgps210002@pec.istruzione.it - SITO WEB: www.liceorispolitondi.edu.it



Ai Genitori

Agli Alunni

Al Personale Docente

Al Personale non Docente

LICEO

Al Registro Elettronico

Al Sito web

CIRCOLARE n. 182

OGGETTO: Aggiornamento delle indicazioni operative della Regione Puglia, in merito alle modalità da seguire per richiedere il test per "Sorveglianza scolastica" e per il rientro a scuola dopo la quarantena delle classi.

In merito a quanto in oggetto, si comunica che la Regione Puglia ha diramato nuove indicazioni operative per l'esecuzione del test antigenico rapido, valide dal 26.01.2022 per l'erogazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario, dei test per finalità di "Sorveglianza scolastica".

In sostanza, per l'esecuzione del test antigenico rapido per le finalità di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni minorenni o maggiorenni delle scuole secondarie di I e II grado occorre che il genitore/tutore/affidatario del minore o l'alunno maggiorenne:

a. presenti all'erogatore del test il modello di autodichiarazione (Allegato 1), debitamente compilato e sottoscritto ove dovrà riportare il riferimento (protocollo e data) della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico, notificata tramite il Registro elettronico di classe, in cui è indicata la presenza di due o più casi scolastici, con conseguente attivazione delle misure previste dalle disposizioni nazionali e dalle circolari regionali;

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;

L'erogazione avverrà sempre previa esibizione della tessera sanitaria del soggetto che si sottopone al test, come per l'accesso a tutte le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

La procedura descritta 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 auto dichiarazione che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto.

Riguardo al rientro a scuola, è formalmente stabilito che è 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 alle 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Filomena MEZZANOTTE

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
t. 3, c. 2 D. Lgs. n. 39/93)



**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.