# 

# 

# INTESTAZIONE SCUOLA

# **COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI**

**SCUOLA E SERVIZI PER L’INFANZIA**

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nel gruppo/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Per tutti i bambini del Gruppo/Sezione l’attività in presenza è sospesa per 10 giorni. I bambini del Gruppo/Sezione non dovranno recarsi a scuola, rimanendo a casa.**

L’attività in presenza a scuola sarà ripresa a partire dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presentando il 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:   * **Farmacie di Comunità;**   I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.  **L’accesso ai punti tampone dell’ULSS continuerà con le modalità precedentemente in vigore (prenotazione SISP, impegnativa del MMG/PLS)**  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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |