INTESTAZIONE SCUOLA

**COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI**

**SCUOLE PRIMARIE**

Si avvisa che sono stati riscontrati 5 o più casi di COVID-19 nella classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice meccanografico/ fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.**

**La didattica in presenza** sarà sospesa per gli alunni non vaccinati, vaccinati con ciclo incompleto, vaccinati da più di 120 giorni e guariti da più di 120 giorni fino al (INSERIRE 5° GIORNO)

|  |  |
| --- | --- |
| **Alunni vaccinati con dose booster, con ciclo primario concluso da meno di 120 giorni, guariti da meno di 120 giorni, guariti dopo aver completato il ciclo primario, esenti da vaccinazione con idonea certificazione** | * In presenza * Auto-sorveglianza per 5 giorni e FFP2 per 10 giorni * **Alla prima comparsa dei sintomi, è obbligatoria l'esecuzione di un test antigenico rapido o molecolare o antigenico autosomministrato e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al Covid-19.** In caso di utilizzo di test antigenico autosomministrato, la positività deve essere confermata tramite un test antigenico rapido o molecolare effettuato presso una struttura sanitaria accreditata. L'esito negativo al test autosomministrato deve essere attestato tramite autocertificazione dei genitori. |
| **Alunni**  **non vaccinati,**  **vaccinati con ciclo incompleto, vaccinati da più di 120 giorni, guariti da più di 120 giorni** | * Sospensione attività in presenza per 5 giorni * Quarantena per 5 giorni e rientro con FFP2 per 5 giorni * Rientro a scuola con esito negativo del test di fine quarantena eseguito a partire dal 5° giorno |

**Per poter frequentare in presenza è necessaria la dimostrazione di averne i requisiti.**

**In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.**

|  |
| --- |
| **MODALITA’ DI EFFETTUAZIONE DEL TEST DI AUTO-SORVEGLIANZA** |
| Se SENZA SINTOMI i test potranno essere effettuati nelle seguenti modalità:   * Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS (su prenotazione al link: <https://www.aulss6.veneto.it/Punti-tamponi-COVID-Ulss-6-Euganea-modalit-di-accesso-e-sedi>); * Presso le Farmacie con la comunicazione delle scuola * Autosomministrazione con autocertificazione negatività (NON VALIDO PER GREEN PASS)   Se CON SINTOMI i test potranno essere effettuati nelle seguenti modalità:   * Prescrizione del Medico Curante presso i punti tampone AULSS6 (su prenotazione al link: <https://www.aulss6.veneto.it/Punti-tamponi-COVID-Ulss-6-Euganea-modalit-di-accesso-e-sedi>)   I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.  Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture. |

|  |
| --- |
| **MODALITA’ DI EFFETTUAZIONE DEL TEST DI FINE QUARANTENA** |
| I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso:   * Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS (su prenotazione al link: <https://www.aulss6.veneto.it/Punti-tamponi-COVID-Ulss-6-Euganea-modalit-di-accesso-e-sedi>); * Presso le Farmacie   I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.  Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture. |

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |