



LICEO SCIENTIFICO - ARTISTICO STATALE "GALILEO GALILEI"

Via Gen. Planelli, n.c. - 70032 BITONTO (Bari)
Tel./Fax: 080 3715242
C.F. : 80015030721 - Codice Univoco Ufficio: UFTL8X
www.lsgalilei.edu.it - e-mail: baps12000b@istruzione.it
Pec: baps12000b@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione

Bitonto, (data del protocollo)

Ai Genitori degli/le studenti/esse
Ai docenti
Al personale ATA
Al DSGA
Atti
RE - Sito

Oggetto: Gestione dei contatti di casi di infezione da Sars da SARS-CoV-2 in ambito scolastico. AGGIORNAMENTO delle indicazioni operative.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto il Decreto-legge n. 229 del 30/12/2021;
Visto l'art. 4 del Decreto-legge n. 1 del 7 gennaio 2022;
Vista la Nota AOODPPR n. 11 del 08/01/2022;
Vista la Nota della REGIONE PUGLIA - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE Protocollo: r_puglia/AOO_005/PROT/14/01/2022/0000379;
Vista la Nota della REGIONE PUGLIA - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE Protocollo: r_puglia/AOO_005/PROT/26/01/2022/0000744,

COMUNICA

le nuove modalità organizzative per la gestione Covid-19 in "ambito scolastico", per la Scuola secondaria di II grado.

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 stati predisposti 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 è prevista al termine del periodo di quarantena per il 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 - **VEDERE ALLEGATI REGIONE PUGLIA – SINTESI MISURE GESTIONE CASI COVID -19 QUARANTENE E ISOLAMENTO**)

STUDENTI/STUDENTESSE

Il genitore/tutore/affidatario del minore nonché l'alunno maggiorenne:

- deve presentare 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;
- deve produrre copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
- deve esibire la stampa o in formato digitale la copia della comunicazione del Dirigente dell'Istituto



LICEO SCIENTIFICO - ARTISTICO STATALE "GALILEO GALILEI"

Via Gen. Planelli, n.c. - 70032 BITONTO (Bari)
Tel./Fax: 080 3715242
C.F. : 80015030721 - Codice Univoco Ufficio: UFTL8X
www.lsgalilei.edu.it - e-mail: baps12000b@istruzione.it
Pec: baps12000b@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione

scolastico;

d. deve esibire sempre la 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.

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.

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**.

Si confida nella consueta collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Angela Pastoressa

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del d.lgs. n.39/1993



**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.

Regione Puglia - Sintesi nuove misure gestione casi Covid-19

Misure anti Covid-19: QUARANTENA

CONTATTO CASO COVID-19	Alto rischio (contatti stretti)	Basso rischio
<i>Soggetti non vaccinati</i>	10 giorni da ultimo contatto + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO	Nessuna quarantena + Mantenere le comuni precauzioni igienico- sanitarie*
<i>Soggetti che non hanno completato il ciclo vaccinale primario</i>		
<i>Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni</i>		
<i>Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale primario > 120 giorni, asintomatici e con Green Pass valido</i>	5 giorni da ultimo contatto + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO	
<i>Soggetti guariti < 120 giorni</i>	Nessuna quarantena + Auto-sorveglianza per 5 giorni + Obbligo FFP2 per 10 giorni da ultimo contatto	
<i>Soggetti che hanno completato ciclo vaccinale primario < 120 giorni</i>		
<i>Soggetti vaccinati con dose booster</i>		
<i>Operatori sanitari devono eseguire tamponi su base giornaliera fino al 5° giorno da ultimo contatto.</i>		

Regione Puglia - Sintesi nuove misure gestione casi Covid-19

Misure anti Covid-19: ISOLAMENTO

CASO COVID-19	Asintomatico	Sintomatico
<i>Soggetti non vaccinati</i>	10 giorni + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO	10 giorni <i>di cui almeno 3 giorni senza sintomi</i> + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO
<i>Soggetti che non hanno completato il ciclo vaccinale primario</i>		
<i>Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni</i>		
<i>Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale primario > 120 giorni, asintomatici</i>		
<i>Soggetti che hanno completato ciclo vaccinale primario < 120 giorni</i>	7 giorni + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO	7 giorni <i>di cui almeno 3 giorni senza sintomi</i> + Test SARS-CoV-2 molecolare o antigenico NEGATIVO
<i>Soggetti vaccinati con dose booster</i>		