

COMUNICAZIONE N. 36 DEL 24 SETTEMBRE 2020

Alle famiglie
A tutto il personale
I.C. Como Lago

OGGETTO: specifiche di ATS Insubria sul trattamento di casi sintomatici (nuovo aggiornamento).

In base a nuove indicazioni di ATS Insubria (cfr. Circolare Disp. 96285 del 23 / 09 / 2020), si specifica quanto segue, con immediata applicazione:

- i contatti di un caso sospetto in ambito scolastico **NON** sono da porre in isolamento fiduciario. Questo significa che i fratelli, genitori, compagni di classe, operatori scolastici che sono contatti stretti di un caso scolastico **sospetto** cioè alunno o operatore con sintomi e **in attesa dell'esito del tampone, NON devono stare in isolamento fiduciario** nel periodo di attesa dell'esito del tampone; possono pertanto continuare le normali attività mantenendo i comportamenti igienico-sanitari di prevenzione e i DPI come previsto;
- la disposizione dell'isolamento domiciliare fiduciario sarà attivata da ATS Insubria **solo** per i contatti stretti di **caso COVID confermato** cioè alunno/operatore con tampone positivo. Questo significa che fratelli, genitori, compagni di classe e operatori scolastici contatti stretti di caso COVID positivo accertato mediante tampone diagnostico, saranno posti in quarantena dall'Agenzia per 14 giorni. In questo periodo non sarà possibile lasciare il proprio domicilio;

Nel caso di manifestazione di sintomi in un alunno o di allontanamento dello studente, **la scuola deve apporre il timbro sul modulo di autocertificazione compilato dal genitore**, da presentare per effettuare il tampone (nuovi modelli in allegato) presso i Punti Tampone reperibili sul sito di ATS, previo raccordo con il pediatra o medico di medicina generale da parte della famiglia.

Pertanto, il personale e i genitori, prima di presentarsi al punto Tampone ATS, debbono raggiungere la Segreteria dell'istituto Comprensivo presso la sede di Via Brambilla per far apporre il timbro sull'autodichiarazione.

Cordialmente,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giuseppina Romina Porro
Documento informatico firmato digitalmente ai sensi
del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ Data di Nascita _____
Carta di Identità n. _____ Rilasciata da _____
residente in _____ (_____) Via _____
Cell _____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Carta di Identità n. _____

Rilasciata da _____

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):
 - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
 - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
 - DOLORI MUSCOLARI
 - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
 - FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

NOTA BENE: Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

In fede

Data

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo