



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028

E-mail miic85300x@istruzione.it miic85300x@pec.istruzione.it - sito www.icnerviano.edu.it

Ai Genitori
e p.c.
Ai Docenti

AI DSGA

Circolare n. 33

Oggetto: procedure per assenze COVID - integrazione circolare n. 2

1. Alunno con sintomatologia COVID rilevata a scuola dal Referente COVID

- Nel caso di alunno con sintomatologia COVID rilevata a scuola previa anamnesi del referente COVID, la famiglia si impegna a contattare il proprio medico o in alternativa a condurre il proprio figlio a un punto tampone, presentando autocertificazione timbrata dalla scuola. **(Vedi allegato 1)** con carta d'identità e codice fiscale.
- In caso di **esito negativo** del tampone effettuato o di indicazione del medico di sintomatologia non riconducibile a COVID, l'alunno può rientrare a scuola previa consegna di certificato di esito negativo del tampone o autodichiarazione nella quale si attesti di aver consultato il proprio medico e che la sintomatologia rilevata non è riconducibile a COVID **(vedi allegato 2)**.
- In caso di **esito positivo** del tampone effettuato l'alunno rimarrà in isolamento obbligatorio per 10 giorni; nel caso in cui la positività permane è necessario rivolgersi al proprio medico per indicazioni in merito al percorso terapeutico appropriato. Il rientro a scuola è possibile previa consegna di attestazione di rientro sicuro in comunità rilasciata dal pediatra o medico curante a seguito di tampone con esito negativo.

2. Alunno contatto stretto di caso accertato di positività al COVID (senza variante BETA):

- L'alunno contatto stretto di un caso accertato di positività al COVID avvenuto in ambito extrascolastico deve dare immediata comunicazione alla segreteria scolastica e ai docenti della classe. La durata della quarantena varia in base al ciclo vaccinale:
- **Se l'alunno ha completato il ciclo vaccinale** da 14 giorni e possiede Green Pass valido, rimarrà in quarantena 7 giorni al termine dei quali consegnerà ai docenti e/o alla segreteria l'esito il tampone negativo oppure l'attestato del medico curante.
- **Se l'alunno non ha completato o non ha eseguito totalmente la vaccinazione**, la quarantena è di 10 giorni senza sintomi, al termine dei quali potrà rientrare consegnando ai docenti e/o alla segreteria l'esito di tampone negativo oppure l'attestato del medico curante.
- In assenza di variante Beta e di sintomi e in caso si sia impossibilitati a effettuare il tampone, è possibile rientrare in comunità dopo 14 giorni dall'ultimo contatto COVID senza consegnare alcuna attestazione da parte del medico o tampone **(Allegato 3)**

- **In caso di contatto stretto con caso accertato di variante Beta** è necessario che al termine dell'isolamento il contatto stretto si sottoponga a tampone nasofaringeo molecolare e potrà rientrare a scuola consegnando ai docenti e/o alla segreteria l'esito di tampone negativo

I contatti stretti di un contatto stretto non sono soggetti a quarantena.

- 3.** Per le assenze dovute a motivi di salute non riconducibili a COVID il genitore deve presentare autodichiarazione utilizzando il modulo in allegato **(Allegato 2)**.
- 4.** Per le assenze dovute ad altre motivazioni motivi di salute il genitore deve presentare autodichiarazione utilizzando il modulo in allegato **(Allegato 3)**.

Nerviano, 12.10.2021

Il Dirigente Scolastico
Felice Cimmino
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, 2° comma, D.Lgs n. 39/93

Allegato 1



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028

E-mail miic85300x@istruzione.it miic85300x@pec.istruzione.it - sito www.icnerviano.edu.it

MODULO ALLONTANAMENTO SOSPETTO COVID RICHIESTA TAMPONE NASO-FARINGEO

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 _____ (_____)
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

Allegato 2



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028

E-mail miic85300x@istruzione.it miic85300x@pec.istruzione.it - sito www.icnerviano.edu.it

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE ASSENZA per MALATTIA NON RICONDUCEBILE A COVID 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 _____ (_____)
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 aver consultato il proprio medico curante o pediatra di famiglia
- Di essermi attenuto alle indicazioni del medico curante
- Che il motivo sanitario o malattia non è riconducibile a Covid

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)

Allegato 3



TRINITY
COLLEGE LONDON
Registered Exam Centre 67699

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028

E-mail miic85300x@istruzione.it miic85300x@pec.istruzione.it - sito www.icnerviano.edu.it

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE ASSENZA NON PER MALATTIA O MOTIVI SANITARI **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 _____ (_____)
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 *(croccettare solo la situazione verificatasi)*

- Che l'assenza del proprio figlio/a o minore a me affidato non è dovuta a motivi sanitari o a malattia
- Che l'assenza del proprio figlio/a o minore a me affidato è relativa alla quarantena fiduciaria conclusasi dopo 14 giorni senza sintomi riferibili a Covid

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

(Firma del dichiarante)

Data
