



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"E. VANONI"



Via Adda 6 – 20871 Vimercate (MB)
Liceo Linguistico – Liceo delle scienze Umane
Amministrazione Finanza e Marketing – Costruzioni Ambiente e Territorio – Turismo
Cambridge International School

Codice fiscale:87004830151	Codice ministeriale: MBIS053001 – ITCG: MBTD053017 – LICEO SCIENTIFICO: MBPS05301B		
MBIS053001@istruzione.gov.it	MBIS053001@pec.istruzione.it	www.iisvanoni.edu.it	Tel. 039666303

Prot. 3463/2020

Vimercate, 23 settembre 2020

Alle famiglie
Alle studentesse e agli studenti
Alle docenti e ai docenti
Al personale ATA
Al DSGA
Al Sito web dell'Istituto- Comunicazioni
Circolari
Albo sicurezza

CIRCOLARE n. 46/2020-201

Oggetto: Informativa - gestione di casi e focolai di CoviD-19 nelle attività scolastiche e servizi educativi dell'infanzia

La sottoscritta Elena Centemero, in riferimento alle note:

- dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia n. 22901 del 17/09/2020;
- Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia – Giunta n. G1.2020.0031152 del 14/09/2020;

considerata **l'importanza di attuare un percorso che consenta la massima contrazione dei tempi di esecuzione e refertazione del tampone** nasofaringeo per ricerca di RNA di SARS-CoV-2 dal momento dell'esordio dei sintomi nel caso sospetto, indipendentemente dal soggetto (studente ovvero personale scolastico) e dal luogo di manifestazione sintomatica (domicilio, ovvero scuola)

INFORMA

- ✓ sulle modalità di accesso e gestione dei punti tampone indicati dal Coordinamento Rete Territoriale ATS/ASST.

All'interno dell'attuale rete di erogazione è previsto l'accesso **anche senza prenotazione** e con autocertificazione della motivazione per:

- soggetti minori;
- studenti maggiorenni frequentanti scuola secondaria di secondo grado;
- personale scolastico docente e non docente afferente ai servizi educativi dell'infanzia e alle scuole di ogni ordine e grado.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"E. VANONI"



Via Adda 6 – 20871 Vimercate (MB)

Liceo Linguistico – Liceo delle scienze Umane

Amministrazione Finanza e Marketing – Costruzioni Ambiente e Territorio – Turismo

Cambridge International School

Codice fiscale:87004830151	Codice ministeriale: MBIS053001 – ITCG: MBTD053017 – LICEO SCIENTIFICO: MBPS05301B		
MBIS053001@istruzione.gov.it	MBIS053001@pec.istruzione.it	www.iisvanoni.edu.it	Tel. 039666303

- ✓ La motivazione per l'accesso senza prenotazione ai punti tampone ricomprende due fattispecie:
 - rilevazione di sintomi a scuola;
 - rilevazione di sintomi fuori dall'ambiente scolastico a seguito di indicazione del MMG/PLS.
- ✓ I punti tampone sono accessibili tutti i giorni dal lunedì al sabato indicativamente dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e garantendo una offerta di almeno 4 ore al giorno.
In fase di accesso vengono registrati i dati anagrafici della persona da testare (nome, cognome, data di nascita e Codice Fiscale) e il numero di telefono a cui fare riferimento.
- ✓ Il MMG/PLS visualizza l'esito dei tamponi sul Fascicolo Sanitario Elettronico oppure su Cruscotto Sorveglianza (la cui attivazione è prevista a fine settembre 2020) secondo la medesima tempistica prevista per le ATS oppure secondo le indicazioni di ATS.

Alla presente si allegano:

- Documento Riaperture scuole;
- **2020_14_11_MODULO 1:** AUTODICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente;
- **2020_14_11_MODULO 2:** AUTODICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative;
- **2020_14_09_MODULO 3:** AUTODICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne;
- **Prescrizione secondo tampone:** prescrizione effettuazione tampone naso-faringeo per sospetto covid-19 a seguito di negatività a primo tampone in soggetto sintomatico – solo personale scolastico e allievi/studenti.

Si comunica che per ulteriori informazioni è attivo il presente link dell'AST Brianza, che è necessario consultare:

<https://www.ats-brianza.it/it/azienda/news-online/2267-avvio-attivita-scolastiche-e-servizi-educativi-dell-infanzia-gestione-di-casi-e-focolai-di-covid-19.html>

La Dirigente Scolastica

Elena Centemero

Documento firmato digitalmente
ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

2020_14_11_MODULO 1

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 _____
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 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

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.

2020_14_11_MODULO 2

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
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso 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 l'accesso da parte del
Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

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

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

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 essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che nelle 24 ore precedenti l'accesso al test ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche (*):
- 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 l'accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

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.

PRESCRIZIONE SECONDO TAMPONE

PRESCRIZIONE EFFETTUAZIONE TAMPONE NASO-FARINGEO PER SOSPETTO COVID-19 A SEGUITO DI NEGATIVITA' A PRIMO TAMPONE IN SOGGETTO SINTOMATICO – SOLO PERSONALE SCOLASTICO E ALLIEVI/STUDENTI

In attuazione del punto 2.1.1 del Rapporto di ISS COVID-19 *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia* – versione 28 agosto 2020, si prescrive effettuazione di tampone naso-faringeo per ricerca di RNA di SARS-CoV-2 per l'assistito/a

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Cell _____

e-mail _____

Luogo

Data

(Firma del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta)

Il presente modulo deve essere presentato al punto tampone dalla persona interessata e sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.