



DIREZIONE DIDATTICA STATALE
1° CIRCOLO "G. OBERDAN"

Viale Roma, 26 - 76123 ANDRIA

Tel. 0883.246219

email: baee04900p@istruzione.it - pec: baee04900p@pec.istruzione.it

Sito web: www.oberdanprimocircoloandria.edu.it

Cod. Ist.: BAEE04900P - C. F.: 81003770724



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Andria, 21/10/2021

CIRCOLARE N. 37

I° C. D. "G. Oberdan" - Andria
Prot. 0005787 del 21/10/2021
(Uscita)

Ai genitori alunni Scuola Primaria e Infanzia

e p.c. **Ai docenti Scuola Primaria e Infanzia**

Personale ATA

DSGA

Al registro elettronico

Al sito web

Al fine di fornire al Dipartimento di Prevenzione della ASL BAT in maniera tempestiva e precisa tutte le informazioni necessarie (come richiesta dalla nota sotto riportata) per attivare le procedure di contenimento del contagio, si chiede ai **genitori** di compilare e inviare lo stesso giorno di esecuzione del **test antigenico con esito positivo**, l'autocertificazione allegata (ALL. A) debitamente compilata alla mail istituzionale (baee04900p@istruzione.it) e al referente COVID del plesso di appartenenza:

Plesso Oberdan	ins. Florinda LEONE	leone@oberdanprimocircoloandria.edu.it
Plesso Don Tonino Bello	ins. Mariella GAZZILLI	gazzilli@oberdanprimocircoloandria.edu.it
Plesso Lotti	ins. Concetta MERRA	merra@oberdanprimocircoloandria.edu.it
Plesso Saccotelli	ins. Sabina DICHIARO	dichiaro@oberdanprimocircoloandria.edu.it

Nota SISP ANDRIA del 15/04/2021:

“Per attivare le procedure in ambito scolastico è necessario l'esito positivo al test molecolare di conferma. Si coglie l'occasione per rappresentare che la programmazione del tampone molecolare di conferma all'antigenico positivo deve essere programmato entro 48 ore o nel più breve tempo possibile dal PLS/MMG e che in caso di impossibilità di prenotazione in tempi brevi è prerogativa del Medico di Famiglia farne richiesta al Dipartimento di Prevenzione per mezzo mail.

Tale tempestività risulta doverosa per confermare la diagnosi di infezione da virus SarsCoV-2, che permette a sua volta di intercettare tempestivamente i contatti stretti asintomatici in ambito scolastico e attivare le procedure previste.

Inoltre risulta necessario ai fini dell'indagine epidemiologica conoscere la data di effettuazione del tampone antigenico e il motivo dell'effettuazione del test ovvero la eventuale presenza di sintomatologia sospetta durante la presenza dell'alunna in aula o la comparsa dei sintomi nei giorni immediatamente successivi all'ultimo giorno in presenza (dettagliando i sintomi e datandone la comparsa degli stessi).

I genitori dell'alunno/a sono invitati ad informare il PLS di quanto stabilito e a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico/Referente COVID in merito all'esito tampone, al fine dell'attivazione delle procedure previste in ambito scolastico e della trasmissione del formato Excel dei contatti stretti asintomatici individuati dal Referente Scolastico COVID.”

Si raccomanda buon senso, massima rapidità e precisione nell'inoltro delle informazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Palma PELLEGRINI

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

ALL. A

AUTODICHIARAZIONE - GENITORI CASO O SOSPETTO CASO COVID

Il sottoscritti COGNOME _____ NOME _____

COGNOME _____ NOME _____

residenti in _____ (_____) Via _____

Cell _____ e-mail _____

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ della Scuola

Primaria/Infanzia _____ Plesso _____

Consapevoli 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

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- E' STATO EFFETTUATO IL TEST ANTIGENICO POSITIVO IN DATA _____ SU ALUNNO/ ALTRO

COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE _____ A CAUSA DEI SEGUENTI

SINTOMI _____

OPPURE

- DI AVER ESEGUITO IL TEST MOLECOLARE POSITIVO IN DATA _____ SU ALUNNO/

ALTROCOMPONENTE NUCLEO FAMILIARE _____

- L'ALUNNO/A HA FREQUENTATO IN PRESENZA FINO AL GIORNO _____

- L'ALUNNO/A IN SEGUITO ALL'ALLONTANAMENTO DA SCUOLA IL GIORNO _____

HA MANIFESTATO SINTOMI RICONDUCIBILI AL COVID_19

In fede

Data

(Firma dei dichiaranti)