



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Scolastico Comprensivo "G. Romanino"
Via Ripa, 2 - 25040 Bienno (Bs) Tel. 0364 40062
Email: bsic83700x@istruzione.it – pec: bsic83700x@pec.istruzione.it

Circolare n° 34
Prot. 3016 – VII.4

Bienno, 25 settembre 2020

- Ai Docenti e al Personale ATA dell'I.C di Bienno
- Atti/sito

OGGETTO: PRECISAZIONI PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DEL PERSONALE SCOLASTICO

Secondo la nota Protocollo G1.2020.0031152 del 14/09/2020 della Regione Lombardia e successiva integrazione con la nota Protocollo G1.20200031879 del 22/09/2020 si comunica che:

- qualora il personale scolastico manifestasse sintomi Covid a casa o a scuola e, sentito il proprio medico curante, effettuasse il tampone, deve compilare l'Autodichiarazione allegata. Il punto tampone individuato dall'ATS della Montagna è il presidio ospedaliero di Esine (da lunedì a sabato dalle 8.00 alle 12.00);
- solo coloro che eseguono il tampone in quanto sospetti, sono tenuti a rispettare l'isolamento in attesa dell'esito del test molecolare;
- la misura dell'isolamento (quarantena) dei contatti stretti legati all'ambito scolastico e ai servizi educativi per l'infanzia viene attivata da ATS esclusivamente per i contatti di caso confermato (tampone positivo).

La Dirigente Scolastica

Loredana Dr.ssa Rizza

Firma autografa sostituita a mezzo di stampa ai sensi art.3 c.2 D.L.39/93

Si allega:

1. *Modulo da portare al punto tampone:*
"AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Personale Scolastico docente e non docente"

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

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (___)

Via _____ Tel _____

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)

SCUOLA / COMUNITA' EDUCATIVA

SEDE _____

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 familiari, congiunti): 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.