



III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. BRIOSCO"

Scuole dell'infanzia, primarie e secondaria di I grado



Via Lippi, 11 - 35134 Padova (PD)
Tel. 049 619116 – Fax 049 8644736
C.F. 92199040285 – C.Uff. UFMU7Q



E-mail: pdic888005@istruzione.it
Pec: pdic888005@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icbriosco.edu.it

Circ. n. 177

Padova 26/02/2021

Ai genitori degli alunni
della classe 3A Scuola "A. Briosco"
e p.c. al DSGA

OGGETTO: QUARANTENA CLASSE 3A

Gentili genitori,

A seguito della notifica di positività a COVID-19 a carico della **classe 3A** di Codesto Istituto, si avvisano i genitori, **che tutti gli alunni della classe verranno sottoposti a quarantena fino al giorno 06/03/2021.**

Al termine della quarantena, gli alunni dovranno effettuare il TAMPONE il giorno 06/03/2021 alle ore 14 presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli, Via dei Colli, 6/4 (Padiglione 2 - Ambulatori di Diabetologia - ingresso laterale, seguendo le apposite indicazioni).

I minorenni devono essere accompagnati da un genitore.

Tale procedura è riservata agli alunni indicati come contatti scolastici, mentre il caso positivo seguirà un iter differente.

Prima dell'esecuzione del tampone, i genitori dovranno far pervenire alla Scuola il Consenso fornito in allegato.

Se il TAMPONE E' NEGATIVO, i genitori degli alunni dovranno presentare una copia del referto al Referente Covid/Direzione Scolastica che è autorizzato/a a riammetterli alla frequenza scolastica.

Se il TAMPONE E' POSITIVO, l'alunno sarà posto in isolamento e potrà riprendere la frequenza scolastica con certificazione di fine contumacia rilasciata dal proprio Medico Curante.

Il risultato del tampone effettuato può essere visualizzato dai genitori attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale se attivato.

Qualora non venga firmato il Consenso all'esecuzione del tampone o non venga eseguito il tampone prescritto, l'alunno dovrà mantenere l'isolamento per 14 giorni in assenza di sintomi.

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordiali saluti

F.to Dr.ssa Ivana Simoncello

Il Direttore U.O.C. Servizio Igiene Sanità Pubblica

Il Dirigente Scolastico
Prof. Stefano Rotondi

Referente COVID: Prof.ssa **Maria Carnazzo**, Prof. **Paolo Cardella**

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato/a il _____ a _____

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato o sede individuata dalla AULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvista la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____