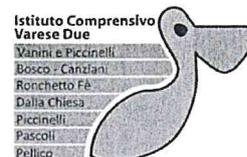




Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VARESE 2 "S. PELLICO"
Via Appiani, 15 – 21100 Varese - Tel. 0332 289297
C.F. 95039310123 – Codice meccanografico VAIC873003
E-mail: vaic873003@istruzione.it
PEC: vaic873003@pec.istruzione.it
segreteria@varese2pellico.edu.it
www.varese2pellico.edu.it



Comunicazione n. 18
del 22/09/2020
A.S. 2020-2021

Ai genitori e agli alunni
Ai docenti
Al personale ATA

Oggetto: **punti tampone accessibili** all'utenza per attività di testing in ambito scolastico e servizi educativi dell'infanzia attivi presso le ASST del territorio di ATS Insubria

Sono stati attivati i punti tampone accessibili all'utenza per attività di testing in ambito scolastico e servizi educativi dell'infanzia attivi presso le ASST del territorio di ATS Insubria.

Le sedi individuate sono:

- ASST Lariana :** Como - Presidio ASST Lariana - Via Napoleona 60
Menaggio - Ospedale Erba Rinaldi - da lunedì a venerdì dalle 9 alle 13 a far data dal 21 settembre 2020
- ASST Settelaghi:** Varese - Padiglione di ingresso in Viale Borri 57 (ex centro trasfusionale - piano terra)
- ASST Valleolona:** Busto Arsizio - Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio – Piazzale Solaro 3 - Poliambulatorio

L'accesso è diretto e senza prenotazione, dal lunedì al sabato, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, **previa compilazione dell'autodichiarazione** prevista da Regione Lombardia e allegata di seguito.

In fase di accesso è necessario acquisire i dati anagrafici della persona da testare (nome, cognome, data di nascita e Codice Fiscale) e il numero di telefono a cui fare riferimento.

Si raccomanda all'utenza di accedere esclusivamente presso le sedi individuate.

L'esito sarà caricato a cura di ASST sul Fascicolo Sanitario Elettronico dell'utente.

Alla presente comunicazione si allegano:

- attestazione relativa ai soggetti fragili
- autodichiarazione personale scolastico docente e non docente
- autodichiarazione studente minore
- attestazione di rientro a scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Salvatore Consolo

Dott.
.....
.....

Data

ATTESTAZIONE RELATIVA A SOGGETTI FRAGILI

*Rilasciata ai sensi di D.P.C.M. del 07/09/2020
Ordinanze 590, 594, 596 di Regione Lombardia di Luglio e Agosto 2020*

Sulla base della documentazione visionata e della valutazione clinica effettuata

SI ATTESTA CHE

l'alunno

nato il a

frequentante l'Istituto/SE

è affetto da patologie pregresse e attuali che espongono il paziente ad un maggiore rischio clinico in caso di infezione da Sars-CoV-2.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

In fede,

Timbro e firma del medico

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.

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

Dott.
.....
.....

Data

ATTESTAZIONE PER RIENTRO A SCUOLA

*Rilasciata ai sensi di
D.P.C.M. del 07/09/2020 - Rapporto ISS n. 58/2020 del 28/08/2020
Ordinanze 590, 594, 596 di Regione Lombardia di Luglio e Agosto 2020*

Sulla base della documentazione e della valutazione clinica effettuata

SI ATTESTA CHE

l'alunno

nato il a

frequentante l'Istituto/SE

assente dal al

- ha seguito il programma diagnostico terapeutico (PDT) e prevenzione COVID19
 - ⇒ alunno identificato come caso sospetto allontanato da scuola/con riscontro di sintomatologia al domicilio ed effettuazione di tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2 risultato negativo
- è idoneo al rientro in comunità
 - ⇒ alunno risultato caso accertato per positività al tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2 e successivamente guarito clinicamente e virologicamente (due tamponi negativi consecutivi)
- è stato affetto da patologia non riferibile a COVID19 (solo per alunni allontanati dalla scuola)
 - ⇒ alunno non identificato come caso sospetto e che pertanto non ha necessitato dell'effettuazione di un tampone diagnostico per ricerca di Sars-CoV-2

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Timbro e firma del medico