



I.I.S.S. "LAPORTA/FALCONE-BORSELLINO"

Sede centrale: Viale Don Tonino Bello snc – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561117

Sede staccata: Viale Don Bosco, 48 – 73013 Galatina (LE) – Tel. 0836/561095

Codice Fiscale: 93140040754 – Codice Ufficio: UFJ5EL – Codice IPA: iisslfb

E-Mail: leis04900g@istruzione.it - pec: leis04900g@pec.istruzione.it

Sito web: www.iisslfb.edu.it

Circolare n. 216

Galatina 20/01/2022

Agli Alunni dell' I.I.S.S. LAPORTA/FALCONE-BORSELLINO
IN REGIME SANITARIO DI AUTOSORVEGLIANZA
e per loro tramite alle famiglie

Al Sito Web Istituto

OGGETTO: Gestione dei contatti di casi di infezione da Sars-Cov-2 in ambito Scolastico.

In relazione a quanto in oggetto si rende noto alle famiglie degli alunni dell'IISS "Laporta Falcone-Borsellino" posti in **regime sanitario di AUTOSORVEGLIANZA** (per la presenza nelle classi di 1 o 2 casi positivi), ai fini di una sorveglianza Sanitaria, è possibile effettuare il test antigenico rapido in forma gratuita ritirando una DICHIARAZIONE (Allegato 1), firmata dal Dirigente e consegnata al proprio medico di famiglia per l'emissione di una prescrizione medica con la quale effettuare il test medesimo o presso lo stesso medico di famiglia o presso le farmacie convenzionate o presso strutture sanitarie private autorizzate, questo fino al 28/2/2022.

Art.5, comma1, del DL 07/01/2022 n. 1



Il Dirigente Scolastico
Prof. Andrea VALERINI



Allegato 1 – Modello dichiarazione dirigente scolastico (rev.01)

**DICHIARAZIONE PER ESECUZIONE
TEST ANTIGENICO RAPIDO SARS-CoV-2
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome

in qualità di Dirigente dell'Istituto scolastico qui sotto riportato:

Codice Ministeriale Istituto / Plesso *	Descrizione Istituto / Plesso

Comune	Prov.	Indirizzo

DICHIARA

informato il Referente Covid-19 del SIS/Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, che ricorrono le condizioni di cui alle circolari del Ministero della Salute e alle circolari attuative emanate dalla Regione Puglia e che, pertanto, per finalità di sanità pubblica e di sorveglianza epidemiologica, **deve essere eseguito un test antigenico rapido** per la ricerca di SARS-CoV-2 in favore del bambino / alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sotto indicati:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

il test antigenico rapido dovrà essere effettuato (*selezionare la voce che ricorre*):

- entro il ____ / ____ / ____ (per i test T0);
 non prima del ____ / ____ / ____ (per i test T5, T10).

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il Dirigente dell'Istituto Scolastico
(*timbro e firma*)

Avvertenze:

I dati contrassegnati dall'asterisco sono obbligatori. Il presente documento deve essere consegnato al soggetto esecutore del test antigenico rapido per SARS-CoV-2 il quale è obbligato a conservarlo, nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati e di gestione documentale. L'esecutore del test è tenuto alla registrazione immediata dell'esito nel sistema informativo regionale "IRIS" selezionando come motivo della richiesta la voce "sorveglianza scolastica".