



# ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA DI 2° GRADO

## *Polo Tecnologico "Di Sangro-Minuziano Alberti"*

con convitto annesso all'ITAS

Via Vincenzo Alfieri, 1 – 71016 San Severo (Fg) - Italia

e-mail: [fgis03700v@istruzione.it](mailto:fgis03700v@istruzione.it) – pec: [fgis03700v@pec.istruzione.it](mailto:fgis03700v@pec.istruzione.it) Web: [www.iisdiansangrominuzianoalberti.edu.it](http://www.iisdiansangrominuzianoalberti.edu.it)

Tel 0882 222860 Fax 0882 240971

C.F./P.IVA 03800890711 - Codice Meccanografico **FGIS03700V**

Circolare n. 101

Ai Referenti COVID

Ai Docenti

Alle Famiglie

Agli Studenti

Al DSGA

Al personale ATA

Al RSPP

Al Medico competente

Al sito web

IIS "A.Minuziano - Di Sangro Alberti"  
Prot. 0000886 del 27/01/2022  
(Uscita)

### Oggetto: **Casi di positività all'infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico – Aggiornamento**

Con riferimento alle circolari prot. AOO/005/0000379 del 14.01.2022, prot. AOO/005/0000483 del 18.01.2022 e prot. AOO/005/0000527 del 20.01.2022 con le quali sono state impartite indicazioni operative attuative del nuovo modello organizzativo definito, in particolare, con Circolare interministeriale prot. 0000011 del 08.01.2022, fermo restando quanto indicato nella nostra circolare n. 96/2022 relativamente alle direttive da seguire successivamente all'individuazione di uno o più casi di positività all'interno della classe, in ragione di quanto previsto dalla nota della Regione Puglia AOO/005/0000744 del 26/1/2022, in attesa, come specificato dalla nota medesima, di nuove disposizioni, si fa presente quanto segue:

#### ➤ **Accesso ai test antigenici rapidi a carico del Servizio Sanitario**

Per l'esecuzione gratuita del test antigenico rapido di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni minorenni o maggiorenni delle scuole secondarie II grado (per i soli casi previsti dalla Circolare interministeriale prot. 000011 del 08.01.2022), il genitore/tutore/affidatario del minore o l'alunno maggiorenne dovrà:

- presentare all'erogatore del test il modello di autodichiarazione allegato alla presente circolare (**Allegato 1**), debitamente compilato e sottoscritto ove dovrà riportare il riferimento (protocollo e data) della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico;
- produrre copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
- esibire la stampa o in formato digitale la copia della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico.

L'erogazione avverrà sempre previa esibizione della tessera sanitaria del soggetto che si sottopone al test, come già previsto dalla normativa vigente in materia di accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

➤ **Personale scolastico**

La suddetta procedura per l'esecuzione gratuita del test antigenico rapido si applica anche al personale scolastico, docente e non docente, che abbia avuto contatti con un "caso confermato" in ambiente scolastico.

➤ **Rientro a scuola**

Per il rientro a scuola sarà sufficiente l'esibizione da parte del genitore/tutore/affidatario del minore o all'alunno maggiorenne nonché del personale scolastico dell'attestato di esito negativo del test antigenico rapido effettuato per le finalità di sorveglianza scolastica.

Si specifica, inoltre, che gli alunni/studenti e il personale scolastico appartenenti a sezioni/classi in quarantena che non effettuano il test al decimo giorno, ma che osservano i 14 giorni di quarantena dal contatto con il caso Covid-19, devono produrre al rientro a scuola una autocertificazione di assenza di sintomatologia, secondo il modello **Allegato 2**.

Si riporta di seguito lo specchietto di sintesi aggiornato in ragione della nota della Regione Puglia AOO/005/0000744 del 26/1/2022.

<b>MOTIVAZIONE / DURATA ASSENZA</b>	<b>COSA SERVE</b>
Motivi diversi da malattia	Giustifica sul libretto scolastico + Autocertificazione per il rientro a scuola per assenza causata da motivi diversi da malattia (modello <b>Allegato B</b> ).
Motivi di salute No-Covid 19 Assenza minore di 10 giorni	Giustifica sul libretto scolastico + Autocertificazione per il rientro a scuola in caso di assenza fino a 10 giorni per motivi di salute No-Covid 19 (modello <b>Allegato A</b> ).
Motivi di salute No-Covid 19 Assenza maggiore di 10 giorni	Giustifica sul libretto scolastico + <b>certificato pediatra/medico di base</b> .
Quarantena di 10 giorni (T10) con successivo tampone negativo	Giustifica sul libretto scolastico se assenti alla lezione in DDI + Autocertificazione per il rientro a scuola a seguito di quarantena precauzionale (modello <b>Allegato B</b> ).
Quarantena di 14 giorni senza successivo tampone	Giustifica sul libretto scolastico se assenti alle lezioni in DDI + Autocertificazione per il rientro a scuola a seguito di quarantena precauzionale (modello <b>Allegato 2</b> ).
Motivi di salute Covid 19	Giustifica sul libretto scolastico se assenti alle lezioni in DDI + copia di <b>attestato di esito negativo del test antigenico rapido</b> eseguito nei termini indicati dalla nota della Regione Puglia sopra citata e stampato dall'erogatore del test nonché prelevabile mediante accesso ai servizi "on line" del Portale regionale della Salute

Tutti i modelli sopra indicati sono allegati alla presente circolare.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof. Vincenzo Campagna*  
f.to digitalmente



**Allegato A – Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19**

(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

**Oggetto: Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19- correlate.**

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sopra indicato;

genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

**DICHIARA**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, di avere informato mediante messaggistica digitale o comunicazione elettronica il (*barrare la voce attinente*)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Nome	Cognome

il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie senza sintomi Covid-19-correlabili.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne



**Allegato B – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia**

(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto Scolastico/Ateneo-Facoltà

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

La/il sottoscritta/o

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

in quanto (*barrare la voce che ricorre*):

- alunno frequentante l’Istituto scolastico / plesso sopra indicato;
- genitore o tutore di:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

assente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ,

(*compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela*)

**DICHIARA**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell’importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

- esigenze familiari (specificare):
- per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, / /20\_\_

Firma del genitore/tutore o dell’alunno maggiorenne



**AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.  
ESECUZIONE DI TEST ANTIGENICO RAPIDO A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO  
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo residenza

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)	Prov.	Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza)

Telefono	e-mail

identificata/o a mezzo di: (allegare copia del documento)

carta di identità /  patente di guida /  passaporto /  altro documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Data scadenza

*Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico di seguito specificato;

di essere il **GENTORE / TUTORE / AFFIDATARIO** del minore:

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Codice fiscale:</b>

<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>

(in caso di genitore/tutore/affidatario) che il proprio congiunto è un alunno "contatto scolastico" a seguito di accertata positività di altro alunno al Covid-19 appartenente alla stessa sezione / gruppo classe;

Che l'esecuzione gratuita, a carico del Servizio Sanitario, di **un** test antigenico rapido avviene per motivi di sorveglianza scolastica (barrare la casella che ricorre, in ragione della comunicazione ricevuta dal Dirigente scolastico):

esecuzione del test T0 (tampone al tempo zero)

esecuzione del test T5 (tampone a cinque giorni)

esecuzione del test T10 (tampone a dieci giorni)

Che l'esecuzione del test avviene come da comunicazione del Dirigente dell'Istituto Scolastico:

Denominazione istituto	Comune	Sezione	Classe	prot. nota	Data nota

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 dichiarante**  
(firma estesa e leggibile)

**L'operatore della struttura**  
(farmacia/laboratorio/struttura sanitaria/MMG-PLS)  
(firma estesa e leggibile)

Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.



Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto scolastico

**AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47, 75 e 76 D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.**

La/il sottoscritta/o:

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>	<b>Codice fiscale</b>

<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov.</b>	<b>Data di nascita</b>

<b>Comune di residenza</b>	<b>Prov.</b>	<b>Indirizzo residenza</b>

<b>Telefono</b>	<b>e-mail</b>

in possesso del seguente documento di riconoscimento: *(allegare copia del documento)*

carta di identità /  patente di guida /  passaporto /  altro documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

<b>Numero</b>	<b>Rilasciato da</b>	<b>Data rilascio</b>	<b>Data scadenza</b>

*Consapevole delle sanzioni, anche penali, previste in merito dalla legge anche per eventuali abusi di utilizzo in carenza dei requisiti prescritti dalla legge (artt. 76 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di essere operatore scolastico (personale docente e non docente) dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere alunno maggiorenne dell'istituto scolastico in indirizzo;

di essere il **GENITORE / TUTORE / AFFIDATARIO del minore:**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Codice fiscale:</b>

<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>

*(in caso di genitore/tutore/affidatario)*

che il proprio congiunto ha osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

che il proprio congiunto non presenta stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

*(in caso di operatore scolastico/alunno maggiorenne)*

di aver osservato i 14 giorni di quarantena dall'ultimo contatto con il caso Covid-19;

di non presentare stati sintomatologici in atto, correlati al Covid-19.

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 dichiarante**  
*(firma estesa e leggibile)*

*Allegata: copia documento di riconoscimento del dichiarante.*