



**LICEO CLASSICO STATALE "A. CASARDI"**  
**LICEO DELLE SCIENZE UMANE**  
**LICEO MUSICALE**

Via F.do d'Aragona, 100 – 76121 BARLETTA

Tel. 0883531121

Cod. Fisc. 81003450723 Cod. Univoco UFS8DQ

Sito web <https://liceocasardi.edu.it>

e-mail: [bapc01000r@istruzione.it](mailto:bapc01000r@istruzione.it) – [bapc01000r@pec.istruzione.it](mailto:bapc01000r@pec.istruzione.it)



Circolare n. 356

A tutte le studentesse e a tutti gli studenti  
A tutti i genitori delle studentesse e degli studenti  
A tutti i docenti  
A tutto il personale ATA

Plesso via D'Aragona  
Plesso via Botticelli

e p. c. al D.S.G.A. d'Istituto dott.ssa A. Dicuonzo

SEDE  
Al Sito Web

**Oggetto: Gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico –  
Indicazioni operative – Aggiornamento.**

In riferimento alla circolare dell'USR Puglia n. 2633 del 27/01/2022 e della nota della Regione Puglia, Dipartimento della Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. AOO/005/0000744 del 26.01.2022, si comunica che, in ragione dell'attuale situazione epidemiologica in ambito nazionale e regionale derivante dalla diffusione della variante Omicron e della conseguente difficoltà nella complessa gestione delle attività di sorveglianza epidemiologica, al fine di garantire una rapida gestione dei casi in ambito scolastico da parte delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e di semplificarne il loro governo in ambito scolastico, sono state definite ulteriori indicazioni qui di seguito riportate.

**Accesso ai test antigenici rapidi a carico del Servizio Sanitario per finalità di sorveglianza scolastica (Alunni)**

Al fine di agevolare l'esecuzione del test antigenico rapido presso gli erogatori (farmacie, laboratori di analisi, strutture sanitarie, pediatra di libera scelta, medico di medicina generale) facenti parte della rete regionale degli erogatori SARS-CoV-2, sono approvati i modelli di autodichiarazione, allegati alla presente circolare, da utilizzarsi a partire dal **26.01.2022** per l'erogazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario, dei test per finalità di "Sorveglianza scolastica". L'esecuzione del test antigenico rapido di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni minorenni o maggiorenni

delle scuole secondarie di II grado (per i soli casi previsti dalla Circolare interministeriale prot. 000011 del 08.01.2022) possono essere erogati a condizione che:

1. il Dirigente Scolastico abbia comunicato mediante il Registro elettronico di classe alle famiglie e/o ai tutori e/o agli affidatari dei minori nonché agli alunni maggiorenni la presenza di uno o più casi scolastici con conseguente attivazione delle misure previste dalle disposizioni nazionali e dalle circolari regionali;

2. il genitore/tutore/affidatario del minore nonché l'alunno maggiorenne:

a. presenti all'erogatore del test il modello di autodichiarazione allegato alla presente circolare (Allegato1), debitamente compilato e sottoscritto ove dovrà riportare il riferimento (protocollo e data) della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico;

b. produca copia del documento di riconoscimento del dichiarante;

c. esibisca la stampa o in formato digitale la copia della comunicazione del Dirigente Scolastico;

3. l'erogazione avvenga 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.

L'erogatore del test antigenico rapido per "Sorveglianza Scolastica", verificate le succitate condizioni, dovrà generare e stampare l'attestato di esito del test antigenico rapido e consegnarlo al genitore /tutore/affidatario del minore o all'alunno maggiorenne; in caso di esito positivo al test, il soggetto sottoposto al test dovrà osservare immediatamente l'isolamento domiciliare e attendere le indicazioni della ASL territorialmente competente.

### **Accesso ai test antigenici rapidi a carico del Servizio Sanitario per finalità di sorveglianza scolastica (Personale scolastico docente e non docente)**

La procedura precedentemente riportata viene applicata anche al personale scolastico, docente e non docente, che è stato a contatto con un "caso confermato" in ambito scolastico. Tali operatori potranno accedere all'esecuzione del test antigenico rapido esibendo il modello di autodichiarazione che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto.

### **Rientro a scuola**

Per il rientro a scuola sarà sufficiente che il genitore/tutore/affidatario del minore o l'alunno maggiorenne nonché il personale scolastico esibisca l'attestato di esito negativo del test antigenico rapido effettuato per le finalità di "Sorveglianza scolastica". Si precisa, inoltre, che gli studenti e il personale scolastico appartenenti a 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 allegato alla presente circolare.

Si allega:

- Nota Regione Puglia Dip. Salute AOO/005/0000744 del 26.01.2022
- Allegato 1
- Allegato 2

Barletta, 29/01/2022

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Serafina Maria S. Ardito  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.Lgs. 39/93*



**URGENTE**

Ai Direttori Generali  
*e, per il loro tramite*

- Ai Direttori Sanitari
- Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
- Ai Direttori dei SISP
- Ai Direttori Dipartimenti Cure Primarie
- Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari
  - *delle Aziende Sanitarie Locali*

Al Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale

Al Presidente ANCI Puglia

Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- dei MMG/PLS
- delle Farmacie pubbliche e private convenzionate
- delle strutture private accreditate

Agli Ordini Professionali

*e, per conoscenza*

- Al Responsabile regionale Flussi Covid-19
- Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento
- Al Dirigente Struttura Comunicazione Istituzionale
- Al Dirigente Sezione Protezione Civile regionale
- All'Assessore alla Sanità e Benessere animale
- All'Assessore alla Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale
- Al Presidente della Giunta Regionale

**OGGETTO: Gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico – Indicazioni operative – 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 la quale sono state impartite indicazioni operative attuative del nuovo modello organizzativo definito, in particolare, con Circolare interministeriale prot. 0000011 del 08.01.2022, si comunica che, in ragione dell'impatto organizzativo conseguente all'attuale situazione epidemiologica in ambito nazionale e regionale derivante dalla diffusione della variante Omicron e della conseguente difficoltà nella complessa gestione delle attività di sorveglianza epidemiologica, sono state raccolte le esigenze e le proposte di miglioramento dei processi organizzativi e degli adempimenti richiesti dalle disposizioni nazionali.

Al fine di garantire, altresì, una rapida presa in carico e gestione dei casi in ambito scolastico da parte dei competenti Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e nelle more che possano essere ridefinite le disposizioni nazionali con l'obiettivo di semplificare la gestione e rendere più efficace il governo dei casi in ambito scolastico, sono state definite le seguenti indicazioni operative di cui si invita a prendere atto a modifica e integrazione di quelle già oggetto delle circolari sopra richiamate.

Le indicazioni qui formulate tengono conto degli sforzi e investimenti che la Regione Puglia sta compiendo per automatizzare il più possibile i processi di gestione delle attività connesse all'emergenza Covid-19 mediante le continue evoluzioni alle piattaforme informatiche regionali cooperanti con le piattaforme e sistemi nazionali.



## **1. Accesso ai test antigenici rapidi a carico del Servizio Sanitario per finalità di sorveglianza scolastica**

Al fine di agevolare l'esecuzione del test antigenico rapido, secondo le tempistiche definite dalle disposizioni nazionali e regionali, presso gli erogatori (farmacie, laboratori di analisi, strutture sanitarie, PLS/MMG) facenti parte della rete regionale degli erogatori SARS-CoV-2, sono approvati i modelli di autodichiarazione, allegati alla presente circolare, da utilizzarsi a far data dal 26.01.2022 per l'erogazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario, dei test per finalità di "Sorveglianza scolastica".

L'esecuzione del test antigenico rapido per le finalità:

- a) di sorveglianza scolastica dei bambini che sono contatti di casi confermati (positivi) scolastici delle scuole primarie (6-11 anni) ossia il T0 (Tampone al tempo zero) e il T5 (Tampone al tempo 5);
- b) di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini delle scuole del sistema integrato di educazione e istruzione (0-6 anni);
- c) di uscita dalla quarantena (T10) e rientro a scuola dei bambini delle scuole primarie (6-11 anni);
- d) di uscita dalla quarantena e rientro a scuola degli alunni minorenni o maggiorenni delle scuole secondarie di I e II grado (per i soli casi previsti dalla Circolare interministeriale prot. 000011 del 08.01.2022);

possono essere erogati – fino a nuova disposizione – a condizione che:

1. il Dirigente dell'Istituto Scolastico produca specifica comunicazione, notificata mediante il Registro elettronico di classe, in favore delle famiglie/tutori/affidatari dei minori nonché degli alunni maggiorenni indicando la presenza di uno o più casi scolastici con conseguente attivazione delle misure previste dalle disposizioni nazionali e dalle circolari regionali (T0);
2. il Dirigente dell'Istituto Scolastico produca specifica comunicazione, notificata mediante il Registro elettronico di classe, in favore delle famiglie/tutori/affidatari dei minori nonché degli alunni maggiorenni al fine dell'esecuzione del test successivo (ove previsto) (T5 e/o T10);
3. il genitore/tutore/affidatario del minore nonché l'alunno maggiorenne:
  - a. presenti 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;
  - b. produca copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
  - c. esibisca la stampa o in formato digitale la copia della comunicazione del Dirigente dell'Istituto scolastico;
4. l'erogazione avvenga 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.

## **2. Erogazione dei test antigenici rapidi per finalità di sorveglianza scolastica**

Gli erogatori facenti parte della rete regionale SARS-CoV-2 (farmacie, laboratori di analisi e relativi punti prelievo, PLS/MMG) autorizzati all'erogazione dei test per motivi di sanità pubblica e sorveglianza scolastica (elenchi in via di pubblicazione sui siti istituzionali della Regione Puglia e Portale regionale della Salute) dovranno:

- a) accettare le autodichiarazioni debitamente compilate dai genitori/tutori/affidatari dei minori e dagli alunni maggiorenni e complete della copia del documento di riconoscimento del dichiarante;
- b) verificare i dati presenti nelle autodichiarazioni le quali dovranno essere sottoscritte in presenza dell'operatore della struttura erogatrice (incaricato di pubblico servizio);
- c) verificare e utilizzare i dati presenti nella tessera sanitaria del bambino/alunno per la registrazione informatica;



- d) sottoscrivere, per verifica e accettazione, le autodichiarazioni ricevute e da conservarsi agli atti della struttura erogatrice per ogni eventuale verifica;
- e) rilasciare copia dell'autodichiarazione (ove richiesto) in favore dell'interessato/a;
- f) erogare il test antigenico rapido il quale dovrà rientrare nell'elenco europeo dei test ammessi;
- g) registrare immediatamente e correttamente nel sistema informativo regionale "IRIS" (Gestione semplificata) tutti i dati previsti;
- h) generare e stampare l'attestato di esito del test antigenico rapido da consegnarsi al genitore /tutore/affidatario del minore o all'alunno maggiorenne.

In caso di esito positivo al test, il soggetto dovrà osservare immediatamente l'isolamento domiciliare e attendere le indicazioni del SISP ASL territorialmente competente.

### **3. Personale scolastico**

La procedura di cui al punto precedente si applica anche al personale scolastico, docente e non docente, che è stato a contatto con un "caso confermato" in ambito scolastico. Tali operatori potranno accedere all'esecuzione del test antigenico rapido esibendo il modello di autodichiarazione che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto.

### **4. 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**.

### **5. Comunicazione alla ASL dei casi Covid-19 in ambito scolastico**

I Dirigenti di tutti gli istituti scolastici assicurano la predisposizione e la trasmissione tempestiva al Referente ASL Covid-19 del SISP ASL territorialmente competente dei fogli elettronici contenenti i dati dei contatti di casi confermati scolastici, utilizzando il foglio elettronico trasmesso in allegato alla presente comunicazione.

Tali fogli elettronici dovranno essere trasmessi dai Dirigenti degli Istituti Scolastici all'apposito indirizzo di posta elettronica del Referente ASL Covid-19 del SISP ASL territorialmente competente.

### **6. Gestione a carico della ASL dei casi Covid-19 in ambito scolastico**

Sulla base degli elenchi in formato elettronico ricevuti dai Dirigenti degli Istituti scolastici, i Referente ASL Covid-19 del SISP ASL territorialmente competente procedono al caricamento nel sistema informativo regionale "IRIS", secondo le specifiche istruzioni operative che saranno impartite con nota separata, e procedono alle attività di sanità pubblica e di sorveglianza scolastica come già disciplinate dalle disposizioni vigenti.



Si pone in evidenza che l'organizzazione sopra descritta è da attuarsi fino all'intervento delle nuove disposizioni nazionali e/o regionali ovvero fino al completamento delle funzionalità utili per automatizzare l'emissione delle richieste di test, la gestione dei casi, la registrazione dei dati e le comunicazioni inerenti all'esecuzione dei test successivi al primo tampone (TO). Di quanto innanzi, si darà evidenza a breve.

## **7. Sospensione attività screening salivare scolastico**

In ragione del mutato quadro epidemiologico e delle disposizioni nazionali in materia di gestione dei casi Covid-19 in ambito scolastico, si comunica che il "piano di monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di secondo grado" di cui alla circolare prot. AOO/005/0006233 del 14.09.2021 deve intendersi sospeso con effetto immediato.

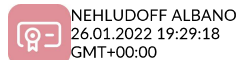
Si invitano le SS.LL. a prendere atto di quanto comunicato e a dare massima diffusione dei contenuti a tutte le articolazioni organizzative di competenza.

Per quanto qui non specificato o disciplinato, si deve fare riferimento alle disposizioni richiamate in premessa della presente comunicazione.

In ragione delle nuove disposizioni nazionali in materia di gestione dei casi Covid-19 in ambito scolastico (in via di emanazione), sarà predisposto l'aggiornamento complessivo del documento contenente le linee di indirizzo trasmesso in allegato alla circolare prot. AOO/005/0000379 del 14.01.2021.

### **P.O. Prevenzione e Promozione della Salute**

Nehludoff Albano



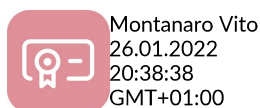
### **Il Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere**

Onofrio Mongelli



### **Il Direttore del Dipartimento**

Vito Montanaro





**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.*



Codice Meccanigrafico Istituto \*  
Denominazione Istituto \*

ID	Codice Fiscale *	Cognome *	Nome *	Data di Nascita * (formato dd/mm/yyyy)	Telefono mobile *	Email *	Codice ISTAT comune di residenza	Comune Residenza	Indirizzo di residenza (indirizzo e numero civico)	Data di Contatto * (formato dd/mm/yyyy)	Data programmazione prelievo (formato dd/mm/yyyy) ^
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

\* campi obbligatori

^ dati da compilarsi a cura del SIS/ Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente.



**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.*