CIRC. 9 BERGAMO, 17 SETTEMBRE 2020

AGLI STUDENTI, AI GENITORI, AI DOCENTI E A TUTTO IL PERSONALE SCOLASTICO

OGGETTO: tamponi per studenti e personale scolastico

Vi informiamo che a seguito della circolare prot. 52118 di Regione Lombardia del 14/09/2020, ATS Bergamo insieme alle ASST della provincia ha definito le modalità per l'esecuzione del tampone agli studenti e al personale scolastico che presentano sintomi COVID (soprattutto febbre > 37,5°). Luoghi ed orari di disponibilità sono elencati nell'allegato inviato da ATS unitamente alle autodichiarazioni da presentare per poterlo effettuare (Mod. 1 personale scolastico, Mod. 2 studente minorenne, Mod. 3 studente maggiorenne). I tamponi sono ad accesso libero (ovvero senza prenotazione) dal lunedì al sabato.

Si allegano:

- Comunicato ATS
- Mod. 1
- Mod. 2
- Mod. 3

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF. ING. LUCA RADICI

Coronavirus: Tamponi per gli studenti, docenti e non docenti

A seguito della circolare prot. 0052118 del 14/09/2020 di Regione Lombardia, l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo sta organizzando, insieme alle ASST, le modalità per l'esecuzione del tampone agli studenti e al personale docente e non docente della scuola che presenteranno sintomi (soprattutto febbre a 37,5°) durante l'orario scolastico.

I tamponi saranno ad accesso libero (ovvero senza prenotazione).
E' obbligatorio contattare il proprio medico curante o il pediatra prima di presentarsi all'esame.
E' obbligatorio presentarsi all'esame con l'autodichiarazione compilata e con la tessera sanitaria.

Il servizio è attivo da lunedì a sabato, presso le seguenti sedi:

ASST Papa Giovanni XXIII

- *Presidio medico avanzato della Fiera di Bergamo, da lunedì a sabato, dalle 9 alle 14. Restare in macchina e seguire le indicazioni che conducono all'ingresso riservato.*
- *al Punto prelievi dell'Ospedale di San Giovanni Bianco,da lunedì a sabato, dalle 10 alle 14.*

Link al sito: http://www.asst-pg23.it/2020/09/_linea_tamponi_scuola/

ASST Bergamo Ovest

- Presso il piazzale dell'Ospedale di Treviglio, piazzale ospedale n°1 - in modalità drive-in dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (da lunedì a sabato)
- Presso l'unità d'offerta di Ponte San Pietro in via Adda n. 18 al piano terra - dalle ore 09.00 alle ore 12.00 (da lunedì a venerdì)
- da giovedì 24 settembre, a Martinengo nel Tendone Drive - Through in Via Gramsci (di fronte alla Sede degli Alpini) dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (da lunedì a sabato)

Link al sito: http://www.asst-bgovest.it/54.ASP?jump=newsArticle.asp&id=1290

ASST Bergamo Est

- *Ospedali di Seriate, Alzano Lombardo e Piario: tende adiacenti all'ingresso dalle 9 alle 14.*
- *Ospedale di Lovere: zona adiacente al Pronto Soccorso dalle 9 alle 14.*

Link al sito: http://www.asst-bergamoest.it/user/Default.aspx?SEZ=51&PAG=111&NOT=2339

Per maggiori informazioni si consiglia di consultare direttamente i siti delle ASST ai link riportati.

Le persone afferenti alla collettività scolastica si recheranno negli orari sopra indicati, nei punti prelievo più vicini al proprio plesso scolastico.
Il referto sarà disponibile dopo le ore 23.00 sul FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) personale per i maggiorenni e in quello indicato dai genitori per i minorenni.

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 ≥ 37,5°

☐ 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

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne

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 essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle 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 sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

☐ Che nelle 24 ore precedenti l'accesso al test ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche **(*)**:

- 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 ≥ 37,5°

☐ Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

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.