

Protocollo N° 0002406 USCITA Data/Ora 04/11/2020 16:20

Titolario VI.9 – DVR e sicurezza

Alle famiglie degli alunni interessati
Ai docenti
Al personale ata
Scuola Primaria IC Marcellina
Al Dsga

e p.c. al Signor Sindaco della Città
E ai docenti referenti Covid-19 di plesso

Si trasmette la comunicazione della ASL ROMA 5 pervenuta in data odierna:

“Oggetto: invito effettuazione screening IC Marcellina classi primaria e docenti/ATA

La presente per invitare alunni/e, docenti e altro personale della Scuola primaria dell'IC Marcellina, in via del tutto eccezionale, all'esecuzione di un TNF rapido di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 in data 05/11/2020 ore 14:00 presso campo sportivo comunale di Marcellina.

Sono escluse le classi e il personale che ieri hanno già effettuato il tampone.

Coloro che parteciperanno all'adesione volontaria devono avere a seguito l'autodichiarazione in allegato compilata e firmata in tutte le parti.

Si precisa che l'adesione allo screening è volontaria.

**Cordiali saluti,
gruppo sps”**

Allo scopo di agevolare l'effettuazione volontaria, e in via eccezionale, dello screening secondo le indicazioni della ASL ROMA 5, gli interessati potranno recarsi presso il campo sportivo comunale di Marcellina rispettando gli orari previsti in allegato.

I genitori interessati potranno ritirare, se necessario, i propri figli dalla scuola in tempo utile per raggiungere il Campo sportivo comunale di Marcellina.

SONO ESCLUSI GLI ALUNNI DELLE CLASSI E IL PERSONALE CHE HANNO GIÀ EFFETTUATO IL TAMPONE IN DATA 3 NOVEMBRE 2020.

Marcellina, 4 novembre 2020

Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angela Bianchi

allegato 1

TNF rapido di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 in data 05/11/2020 ore 14:00 presso campo sportivo comunale di Marcellina .Organizzazione Scuola Primaria

CLASSE	N.ALUNNI/DOCENTI	ORA
5B	24	14.00
5C	21	14.30
4B	18	15.00
2D	18	15.30
2C	17	15.50
3C	22	16.10
4C	21	16.30
4A	20	16.50
1A	17	17.10
1C	20	17.30
3A	25	17.50
INSEGNANTI/ ATA	23	18.20

SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE **COMPILANDO TUTTI I CAMPI**

Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo _____ città _____

Telefono _____ email _____

Frequentante la scuola " _____ " Classe _____ città _____

Altrimenti sbarrare

Chiede di fare il tampone perché:

Contatto di caso con _____ il giorno __

Inserire nome e cognome del positivo

Convocato dal Servizio di Igiene della ASL

Ricetta dematerializzata

Sintomatico: Febbre (T____); Mal di gola; Tosse; Naso che cola; Perdita di sapore; Perdita di odore
 Mal di testa; Stanchezza; Altro: _____

Motivi di viaggio/lavoro (*a carico dell'utente, allega ricevuta di pagamento*)

Rientro da Viaggio da: (città) _____ (Stato e Regione) _____

Mezzo di trasporto _____ orario _____ luoghi partenza e arrivo _____

Ho scaricato l'App "IMMUNI" sul mio telefono SI NO

Dichiaro che fino ad esito del referto di tampone, salvo diversa disposizione del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, osserverò isolamento fiduciario presso

Indirizzo _____ città _____ prov. (____)

Nome del Medico di Famiglia /Pediatra _____ Telefono medico _____

_____ li _____

FIRMA: _____

RACCOMANDAZIONI PER L'ISOLAMENTO:

Il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare le seguenti prescrizioni per raggiungimento del luogo indicato e per l'isolamento.

Il luogo dell'isolamento dovrà essere raggiunto con mezzo proprio, senza soste; in caso queste si rendessero necessarie, si dovrà utilizzare mascherina protettiva mantenendo distanza di sicurezza dalle altre persone di almeno 1 mt. Nel corso dell'isolamento, è necessario rimanere da soli in una stanza dedicata, possibilmente con bagno ad uso esclusivo; se quest'ultimo non fosse disponibile, è necessario detergere i sanitari con comuni prodotti dopo ogni uso, ed arieggiare il bagno per almeno 30 min. Prima del successivo utilizzo da parte di altri. Non è possibile ricevere visite né uscire dal domicilio. In caso di insorgenza di sintomatologia di qualunque natura, è necessario contattare il Medico Curante.