



Unione Europea

DIREZIONE DIDATTICA STATALE  
1° CIRCOLO "G. OBERDAN"

Viale Roma, 26 - 76123 ANDRIA

Tel. 0883.246219

email: [baee04900p@istruzione.it](mailto:baee04900p@istruzione.it) - pec: [baee04900p@pec.istruzione.it](mailto:baee04900p@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.oberdanprimocircoloandria.edu.it](http://www.oberdanprimocircoloandria.edu.it)

Cod. Ist.: BAE04900P - C. F.: 81003770724



Ministero dell'Istruzione

Andria, 16/04/2021

I° C. D. "G. Oberdan" - Andria  
Prot. 0002148 del 16/04/2021  
05-07 (Uscita)

CIRCOLARE N. 133

**Ai genitori alunni Scuola Primaria e Infanzia**

e p.c. **Ai docenti Scuola Primaria e Infanzia**  
**Personale ATA**  
**DSGA**

Al fine di fornire al Dipartimento di Prevenzione della ASL BAT in maniera tempestiva e precisa tutte le informazioni necessarie (come richiesta dalla nota sotto riportata) per attivare le procedure di contenimento del contagio, si chiede ai **genitori** di compilare e inviare lo stesso giorno di esecuzione del test antigenico con esito positivo, la scheda allegata alla presente mail istituzionale ([baee04900p@istruzione.it](mailto:baee04900p@istruzione.it)) e per conoscenza al referente COVID di ogni plesso:

Plesso Oberdan	ins. Florinda LEONE	leone@oberdanprimocircoloandria.gov.it
Plesso Don Tonino Bello	ins. Mariella GAZZILLI	gazzilli@oberdanprimocircoloandria.gov.it
Plesso Lotti	ins. Concetta MERRA	merra@oberdanprimocircoloandria.gov.it
Plesso Saccotelli	ins. Vincenza CICCÒ	cicco@oberdanprimocircoloandria.gov.it

Nota SISP ANDRIA del 15/04/2021:

*“Per attivare le procedure in ambito scolastico è necessario l'esito positivo al test molecolare di conferma.*

*Si coglie l'occasione per rappresentare che la programmazione del tampone molecolare di conferma all'antigenico positivo deve essere programmato entro 48 ore o nel più breve tempo possibile dal PLS/MMG e che in caso di impossibilità di prenotazione in tempi brevi è prerogativa del Medico di Famiglia farne richiesta al Dipartimento di Prevenzione per mezzo mail.*

*Tale tempestività risulta doverosa per confermare la diagnosi di infezione da virus SarsCoV-2, che permette a sua volta di intercettare tempestivamente i contatti stretti asintomatici in ambito scolastico e attivare le procedure previste.*

*Inoltre risulta necessario ai fini dell'indagine epidemiologica conoscere la data di effettuazione del tampone antigenico e il motivo dell'effettuazione del test ovvero la eventuale presenza di sintomatologia sospetta durante la presenza dell'alunna in aula o la comparsa dei sintomi nei giorni immediatamente successivi all'ultimo giorno in presenza (dettagliando i sintomi e datandone la comparsa degli stessi).*

*I genitori dell'alunno/a sono invitati ad informare il PLS di quanto stabilito e a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico/Referente COVID in merito all'esito tampone, al fine dell'attivazione delle procedure previste in ambito scolastico e della trasmissione del formato Excel dei contatti stretti asintomatici individuati dal Referente Scolastico COVID.”*

Si raccomanda buon senso e massima rapidità nell'inoltro delle informazioni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Palma PELLEGRINI

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

### AUTODICHIARAZIONE - GENITORI CASO O SOSPETTO CASO COVID

Il sottoscritti COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

residenti in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola

Primaria/Infanzia \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

Consapevoli 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

#### DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

• E' STATO EFFETTUATO IL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN DATA \_\_\_\_\_ SU ALUNNO/ ALTRO COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE \_\_\_\_\_ A CAUSA DEI SEGUENTI SINTOMI \_\_\_\_\_

• DI AVER ESEGUITO IL TEST MOLECOLARE IN DATA \_\_\_\_\_ SU ALUNNO/ ALTRO COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE \_\_\_\_\_

• L'ALUNNO/A HA FREQUENTATO IN PRESENZA FINO AL GIORNO \_\_\_\_\_

• L'ALUNNO/A IN SEGUITO ALL'ALLONTANAMENTO DA SCUOLA IL GIORNO \_\_\_\_\_ HA MANIFESTATO I SEGUENTI SINTOMI \_\_\_\_\_

In fede  
\_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)