AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative Il sottoscritto COGNOME NOME ____ residente in _____ (____) Via _____ Cell _____ e-mail_____ in qualità di _____ **DEL MINORE** COGNOME _____ NOME_____ 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 DICHIARA ALTRESI' BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti 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°

| \square | Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra |
|-----------|---|
| | di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore |

NOTA BENE: Nel setting scolastico ai "contatti stretti di caso sospetto" in attesa dell'esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E' comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudenziale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia CoviD-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

| 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

Via S. Pietro ai Campi, 1 - 24126 Bergamo
www.icmuzio.it - e-mail: segreteria@icm_sio.it
C.F.: 95118920164 - Tel. 036/316754 - Fax 035/312306

DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

| Si dichiara che: | | |
|--|---|---|
| cognome | nome | nato il |
| dipendente/frequentante Scuola/Istituto | la | |
| di | classe | Sezione |
| presenta: | | |
| febbre> di 37,5°C | | |
| sintomi respiratori su | ggestivi di sospetta infezione da SARS | S-CoV-2 |
| In applicazione del decreto n. 8 | 87 del 06.08.2020 del Ministero dell'I | struzione "Protocollo d'Intesa per garantire l'avvio |
| l'allontanamento cautelativo | dalla frequenza della collettivita'. La | nimento della diffusione di COVID-19",viene disposto a persona sopra indicata o che esercita la potesta tare tempestivamente il proprio medico curante. |
| La riammissione potra' avvenir | e solo a seguito di presentazione alla | scuola di: |
| - attestazione rilasciata dal me 19. | dico competente di avvenuta negativ | rizzazione dei tamponi,in caso di infezione da COVID- |
| - in caso di malattia NO COVID | con la giustificazione dei genitori, che | e hanno consultato il pediatra. |
| Data | | 4 |
| | Il Dirigente Scolastico o suo delega | |
| | Viel S. Pietro ai Campi, 1 - 24 www.iomuzio.it - e-mail: segrete C.F.: 95118920164 - Tel. 035/31675 | T26 Bergamo ria@icmorjo. it |
| Presa visione | | |
| L lavoratore/Genitore | | |

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.

| docente | .R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e no |
|---|--|
| Il sottoscritto COGNOME | NOME |
| CF | Data di Nascita |
| residente in () | Via |
| Cell | e-mail |
| sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.44 conseguenti al provvedimento emanato sulla base de DICHIARA SOTTO LA PI ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medici 24 ore precedenti l'accesso al test ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispett ad esito tampone ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le | ROPRIA RESPONSABILITÀ ina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle to delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino e misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a one (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone |
| n 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.

Via S. Pietro ai Campi, 1 - 24126 Bergamo www.icmuzio.it - e-mail: segreteria/gicmusio.it

C.F.: 95118920164 Tel. 035/316754 - Fax 035/312306