



Ministero dell'Istruzione
Ministero dell'Università e della Ricerca



Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "LOREDANA CAMPANARI"

Via Monte Pollino, 45 - 00015 Monterotondo (RM)
Distretto 32 – Ambito 12- Cod. Mecc. RMIC88700G – Cod. Fiscale 97198510584
☎ 0690085460 🖨 fax 069004032 @ rmic88700g@istruzione.it

Monterotondo 30 Ottobre 2020

Ai Docenti e al personale Ata,
alle Famiglie e agli Alunni

Classe IC

Ai Collaboratori scolastici
Agli Addetti mensa

Scuola primaria e dell'Infanzia
Raggio di Sole

Oggetto : Comunicazione

Si comunica che nella tarda mattinata odierna il **Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL RM 5** ha notificato a questa Presidenza quanto segue:

- **classe I C** di scuola primaria del Plesso Raggio di Sole dell'istituto Comprensivo Loredana Campanari. è posta in quarantena dal 23 OTTOBRE al 5 NOVEMBRE incluso, per avvenuto contatto con caso COVID-19 confermato.

Per Quarantena si intende la restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi. Si ricorda che la quarantena dovrà essere rispettata fino al termine indicato.

Si considerano in quarantena, anche tutti i docenti, i collaboratori scolastici, gli AEC (assistenti educativi alla comunicazione) e gli addetti alla mensa, che siano stati in contatto "stretto" (secondo la definizione di contatto "stretto" prevista dalla Circolare del Ministero della Salute del 09/03/2020) con il CASO individuato nella classe di cui sopra nelle 48 h precedenti il contatto stretto.

Il provvedimento non è esteso ad altri alunni, docenti, collaboratori scolastici, AEC e addetti mensa, salvo il caso in cui abbiano avuto un contatto "stretto" con il CASO in questione nelle 48 h precedenti il contatto, salvo diverse indicazioni e/o comunicazioni da parte del Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5.

Al termine del periodo di quarantena di 14 giorni, sarà possibile la riammissione a scuola degli alunni solo in assenza di sintomi.

Si invitano i genitori dell'alunno/docente/operatore scolastico a prendere da subito contatti con il medico curante (pediatra o medico di famiglia) per la valutazione clinica.

Durante il periodo di quarantena le famiglie degli alunni sono invitate a rilevare la temperatura corporea dei propri figli due volte al giorno, di monitorare lo stato di salute degli stessi e di comunicare al proprio pediatra o medico di medicina generale qualsiasi variazione dello stato di salute e/o sintomo.

In caso di sintomatologia sospetta (suggestiva di COVID-19), contattare il proprio pediatra o medico di medicina generale per la prescrizione di un tampone molecolare da effettuare presso uno dei drive through aziendali:

1. Palombara Sabina, via Salvo d'Acquisto snc, presso Casa della Salute
2. Guidonia Montecelio, via della Tenuta del Cavaliere 1
3. Aeroporto di Guidonia Montecelio, ingresso via di Trani
4. Colleferro, via degli Esplosivi
5. Labico, via Casilina km 38.500
6. Monterotondo, via G. Galilei snc
7. Vicovaro (PEDIATRICO)

Si ringrazia per la cortese e proficua collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Luca Rinaldo Villani

Allegato Alunni

(Da presentare al termine del periodo di quarantena di 14 giorni solo in assenza di sintomi).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____, e residente in
_____ in qualità di genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale) di
_____, nato/a a
_____ il _____,

al fine del rientro a scuola in presenza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, edotto dell'importanza del rispetto di tutte le misure vigenti finalizzate al contenimento della diffusione del COVID-19 a tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che suo/a figlio/a, ha osservato un periodo di quarantena di 14 giorni notificato dalla ASL RM5 e che per tutto il prescritto periodo non ha manifestato alcun sintomo sospetto Covid-19 quale:

sintomi respiratori (tosse, mal di gola, raffreddore)
dissenteria
congiuntivite
forte mal di testa
anosmia (perdita olfatto)
ageusia (perdita gusto)
dolori muscolari
dispnea (difficoltà respiratoria, affanno)
febbre $\geq 37,5^{\circ}$

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara altresì di aver rilasciato questa dichiarazione in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore

Allegato lavoratori

(Da presentare al termine del periodo di quarantena di 14 giorni solo in assenza di sintomi).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____, e residente in
_____ in qualità di
docente/ATA nel plesso _____,

al fine del rientro in servizio a seguito di quarantena, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, edotto dell'importanza del rispetto di tutte le misure vigenti finalizzate al contenimento della diffusione del COVID-19 a tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che ha osservato un periodo di quarantena di 14 giorni notificato dalla ASL RM5 e che per tutto il prescritto periodo non ha manifestato alcun sintomo sospetto Covid-19 quale:

sintomi respiratori (tosse, mal di gola, raffreddore)
dissenteria
congiuntivite
forte mal di testa
anosmia (perdita olfatto)
ageusia (perdita gusto)
dolori muscolari
dispnea (difficoltà respiratoria, affanno)
febbre $\geq 37,5^{\circ}$

Firma