



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

MIUR

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO 2° "Riccardo Gulia" SORA

Via G. Marconi snc – 03039 SORA(FR) Tel. 0776-831956 Fax 0776-820447

- C..F. 91024360603 – Codice Univoco Fatturazione UFN888

P.E.C.: [fric850006@pec.istruzione.it](mailto:fric850006@pec.istruzione.it); email: [fric850006@istruzione.it](mailto:fric850006@istruzione.it); Sito web: [www.ic2sora.gov.it](http://www.ic2sora.gov.it)

Al Dirigente Scolastico Ic Sora 2°

[fric850006@istruzione.it](mailto:fric850006@istruzione.it)

IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ DOCENTE – CS- AA- DI  
SCUOLA \_\_\_\_\_ ASSEGNATO ALLA CLASSE \_\_\_\_\_ /AL PLESSO \_\_\_\_\_ NEL  
GIORNO \_\_\_\_\_ DI ULTIMO CONTATTO E NELLE 48 ORE PRECENTI, CON IL C.I. DELLA CLASSE  
\_\_\_\_\_, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.  
445/2000 DI RIENTRARE NELLA SEGUENTE SITUAZIONE:

**CONTATTO AD ALTO RISCHIO (CONTATTO STRETTO)**<sup>1</sup> DEL C.I. e specificatamente (sbarrare il caso corrispondente alla situazione) :

1. Aver avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
2. Aver avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
3. Aver avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
4. Essersi trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
5. Altri casi previsti: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per la definizione di **contatto ad alto rischio (contatto stretto)** si rimanda alla circolare n. 18584 del 29/05/2020 ossia: una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19; • una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano); • una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); • una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti; • una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei; • un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei; • una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Il contatto stretto indicato è avvenuto ella seguente circostanza di luogo ( es. aula..), durata ( indicata in minuti) e modo ( areazione- distanza ...): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**CONTATTO A BASSO RISCHIO, COME DA INDICAZIONI ECDC<sup>2</sup>** e specificatamente (sbarrare il caso corrispondente alla situazione) :

1. Aver avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e per meno di 15 minuti;
2. Essersi trovato in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
3. Altri casi previsti: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Specifica rispetto che il contatto indicato

contatto stretto

contatto a basso rischio

è avvenuto nella seguente

- A. circostanza di luogo (es. faccia a faccia con o senza DPI, aula, corridoio, bagno..) \_\_\_\_\_
- B. durata della permanenza nell'ambiente chiuso ( indicata in minuti) \_\_\_\_\_
- C. Modo – descrizione delle attività svolte durante il contatto ( areazione- distanza ...): \_\_\_\_\_
- D. Rispetto del Protocollo-covid in vigore e delle normative vigenti:  SI  NO ( in questo caso specificare quale disposizione non è stata applicata: ad esempio: gli alunni e/o il personale scolastico

---

<sup>2</sup> **per contatto a basso rischio**, come da indicazioni ECDC (“Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update,” 18 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020) si intende: una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e per meno di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto di DPI raccomandati;
- tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19.

non ha indossato e/o abbassato la mascherina; ho tolto la mascherina; non ho igienizzato le mani; sono stato a contatto con gli alunni; non ho tenuto aperte le finestre per il tempo minimo....)

---

E. Ultimo test ( tampone/sierologico..) in data \_\_\_\_\_

F. Vaccino \_\_\_\_\_ in data 1° dose \_\_\_\_\_ 2° dose \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**NESSUN CONTATTO CON IL CASO INDICE PUR ESSENDO IN SERVIZIO**

Si impegna a comunicare al proprio MMG tempestivamente l'insorgenza di una sintomatologia compatibile con una malattia infettiva e/o certificazione medica.

Autorizza ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito del tracciamento attivato dalla ASL/SISP

All. documento di identità

Sora, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (leggibile)

---