

ISTITUTO COMPRENSIVO CASALI DEL MANCO 1

Via Cappuccini, snc - 87059 CASALI DEL MANCO (CS)

Codice Fiscale 80007350780

Tel.0984/436048

[csic856006@istruzione.it](mailto:csic856006@istruzione.it) [csic856006@pec.istruzione.it](mailto:csic856006@pec.istruzione.it)

[www.iccasali1.edu.it](http://www.iccasali1.edu.it)

AL SIG./ALLA SIG. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: Comunicazione e gestione “contatto scolastico” di caso positivo al covid-19 e richiesta al pediatra/medico relativa all’esecuzione gratuita di test antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2.

Si comunica che nella classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è presente un/una alunno/a risultato/a positivo/a all’antigene SARS-CoV-2.

Pertanto suo/a figlio/a risulta contatto stretto.

VISTO il decreto-legge 7 gennaio 2022, n. 1

VISTO il decreto legge del 27 gennaio 2022

si rilascia al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/madre/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Scuola dell’infanzia plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Scuola Primaria plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Scuola Secondaria I grado plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da trasmette al pediatra LS/medico MG per la prescrizione relativa all’esecuzione gratuita di test antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2 presso una farmacia o struttura sanitaria autorizzata.

Il Dirigente Scolastico

Dr. Andrea Codispoti

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c.2 D.Lgs n. 39/93