

Ministero dell'Istruzione
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO



Istituto Tecnico Industriale "A. Pacinotti"

ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO - LICEO SCIENTIFICO DELLE SCIENZE APPLICATE

FONDI (LT) - Via Appia lato Itri, 75



Prot. come da segnature

Comunicazione n. 40

Fondi, 6 ottobre 2020

Agli alunni
Alle famiglie

Ai consigli di classe

Al personale tutto

- DSGA -

Registro elettronico
Sito web (Comunicazioni del DS)

Oggetto: Assenze scolastiche fino a 5 gg - autodichiarazione

Facendo seguito alle comunicazioni del dirigente scolastico n. 18 del 17 settembre u.s. e n. 34 del 30 settembre u.s. in tema di certificati e attestazioni mediche per le assenze degli alunni, con nota congiunta della Regione Lazio e dell'USR (Ufficio scolastico regionale) del Lazio del 6 ottobre 2020 avente come oggetto "gestione emergenza Covid-19: numeri dedicati ed indirizzi di posta elettronica delle ASL; indicazioni per la collaborazione Scuola/ASL" è stato previsto che "in caso di rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non sospettati per Covid-19, nei limiti di giorni previsti (≤ 5 giorni) la scuola può richiedere al genitore una autodichiarazione attestante che il figlio/a è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di medicina Generale e che sono state seguite le indicazioni ricevute (come da Allegato alla presente comunicazione).

Pertanto, alla luce delle indicazioni riportate nelle comunicazioni n.18, n. 34 e nella presente, si riepiloga quanto segue:

1. Assenze superiori a 5 gg. non precedentemente annunciate alla scuola: l'alunno sarà riammesso a scuola solo su presentazione di certificato medico (cfr. Nota Regione Lazio n.789903 del 14/9/2020: Covid 19 - certificazioni mediche per assenza scolastica");
2. Assenze superiori a 5 gg. precedentemente annunciate alla scuola: l'alunno è riammesso senza dover presentare nulla;
3. Assenze fino a 5 gg. per motivi di salute non sospettati per Covid -19 (ad esempio, nel caso in cui la scuola abbia avviato la procedura Covid anche semplicemente contattando la famiglia e il DdP): attestazione medica di avvenuta guarigione e nullaosta al rientro in comunità (cfr. nota del



Istituto Tecnico Industriale "A. Pacinotti"

ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO - LICEO SCIENTIFICO DELLE SCIENZE APPLICATE

FONDI (LT) - Via Appia lato Itri, 75



Ministero della salute prot. 30847 del 24.09.2020 "Riapertura delle scuole. Attestati di guarigione da COVID-19 o da patologia diversa da COVID-19 per alunni/personale scolastico con sospetta infezione da SARS-CoV-2") ovvero, in alternativa, autodichiarazione come da allegato alla presente comunicazione;

4. Assenze fino a 5 gg. per motivi non di salute: nessuna certificazione/attestazione.

Confido nella massima collaborazione da parte di tutti (alunni, famiglie, operatori della scuola), improntata al senso di responsabilità per la tutela della salute pubblica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Gina Antonetti

*(firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art.3 comma 2 D. lgs.39/93)*

Allegato 3 - FAC SIMILE per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____) _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal/la proprio/a figlio/a**
- Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____**
previo
 - consulto telefonico**
 - visita medica****ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica**
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19**

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ *(firma leggibile)*