



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)
Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762
E - mail: tpic815003@istruzione.it
URL: www.iccapuanapardo.edu.it

**Circ. n. 78
A.S. 2020/2021**

**ALLE FAMIGLIE
AL PERSONALE DELLA SCUOLA**

OGGETTO: PROCEDURE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DEGLI ALUNNI IN CASO DI ASSENZA SUPERIORE AI LIMITI PREVISTI DALL'ART 3, LEGGE REGIONALE N.13/2019

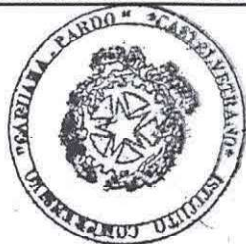
Ad integrazione della Circ. n.76/2020 pubblicata sul sito dell'istituzione scolastica in data 16/09/2020 **si riporta l'art 2 del Decreto Assessoriale Regione Sicilia n.1019 dell'11 novembre 2020** da ove si evince che:

*“**comma 1** - la riammissione a scuola degli alunni di sospetto Covid- 19 è subordinata all'attestazione di riammissione sicura in collettività da parte del Pediatra di libera scelta (PLS) oppure dal Medico di medicina generale (MMG), da rilasciarsi una volta acquisita l'informazione di negatività del tampone.*

***comma 2** – Fatte salve le circostanze che prevedono l'obbligatorietà del tampone per soggetti in isolamento fiduciario ... **le assenze individuali per altre cause sanitarie**, anche con uno o più sintomi riconducibili a COVID-19, ...devono essere giustificate con certificato medico dal PLS e/o MMG se superiori a 3 giorni, per gli alunni da 0 a 6 anni e, se superiori a 10 giorni, per gli studenti di età superiore. Ai fini del relativo conteggio sono escluse le giornate festive, salvo che l'assenza non prosegua ne primo giorno utile di lezione.”*

Alla luce di tale Decreto Assessoriale viene rivisto il Regolamento d'Istituto ed il Protocollo di sicurezza, nel punto relativo all'assenza dei 5 giorni, con errata corregge 10 giorni.

Inoltre, all'art. 3 del medesimo Decreto è predisposta apposita modulistica (*in allegato alla presente*) che attesta l'andamento sintomatologico da parte dei genitori (o soggetti esercenti la potestà genitoriale), **che va acquisita dal docente coordinatore di classe previo rientro in classe dell'alunno/a.**



**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Anna Vania Stallone**

Dott. _____

Specialista in Pediatria/Medico di Medicina Generale

Indirizzo _____

Telefono _____

E – mail _____

Si certifica

che l'alunno _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ Città _____

(prov. _____)

- ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2 in data __/__/__ con esito negativo.
- non ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2.

Sulla base della visita da me effettuata in data odierna, risulta clinicamente sano e può pertanto essere riammesso a scuola.

Si allega attestazione genitoriale (o del soggetto esercente la potestà genitoriale) relativa alla sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

Luogo e data

(Timbro e firma)

Barrare la casella che interessa.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DA RENDERE AL GESTORE DI PUBBLICO UFFICIO (MMG/PLS) E DA ALLEGARE ALLA
CERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE PRESSO LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE
(AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L.R. N. 13 DEL 19.07.2019)**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

- che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi _____ giorni), non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID – 19, ai sensi delle Linee guida dell'ISS allegate al DPCM 07.09.2020:

febbre \geq 37.5 (o sensazione di febbre)	brividi	tosse
dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso)	anosmia (non sente gli odori)	ageusia (non sente i sapori)
inappetenza	mal di testa	sintomi gastrointestinali (mal di pancia, diarrea, vomito)
anoressia (mancanza di appetito)	astenia (ridotta forza muscolare)	stanchezza
dolori muscolari	malessere generale	faringite (mal di gola)
rinorrea o intasamento nasale	congiuntivite	_____

- che lo stesso non ha manifestato, durante l'intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra elencati.

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.

Nel caso in cui l'alunno abbia maturato la maggiore età, la presente dichiarazione potrà essere sottoscritta dallo stesso.