



REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

ISTITUTO COMPRENSIVO CAPIZZI – CESARO'

Via Roma n. 10 - 98031 CAPIZZI (ME)

Fax 0935.933022



: meic813006@istruzione.it



: meic813006@pec.istruzione.it

sito web: www.istitutocomprensivocapizzicesaro.edu.it



cod. mecc. **MEIC813006** Cod. fiscale **80012730836** C.U. **UFD6B0**

Capizzi, 16/11/2020

Circolare n. 25

Ai docenti di ogni ordine e grado

Ai genitori

Al sito web

Atti

Oggetto: Procedure per la riammissione a scuola degli alunni in caso di assenza di durata superiore ai limiti previsti dall'art. 3 L.R. n. 13/2019.

Si rende noto che il D.A. n. 1019/2020 della Regione Sicilia ha disposto che la riammissione a scuola dell'alunno in caso di sospetto Covid è subordinata alla presentazione dell'attestazione di riammissione sicura in collettività da parte del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG), da rilasciarsi una volta acquisito l'esito di negatività al tampone.

Fatte salve le circostanze che prevedono l'obbligatorietà del tampone per tutti i soggetti in isolamento fiduciario o perché diagnosticati affetti da Covid, le assenze per altre cause sanitarie devono essere giustificate con certificato del PLS/MMG:

- se superiori a 3 giorni, dagli alunni di età compresa tra 0 e 6 anni;
- se superiori a 10 giorni, dagli alunni di età superiore.

Il suindicato D.A., inoltre, prevede che la riammissione a scuola avvenga **esclusivamente** in presenza della certificazione medica e della dichiarazione personale redatte secondo la modulistica allegata.

In tutti gli altri casi, rimangono confermate le disposizioni previste dalla circolare n. 25 del 27/09/2020 pubblicata sul sito istituzionale della scuola.

Si evidenzia, infine, che i genitori/ esercenti la potestà genitoriale sono tenuti a comunicare **con assoluta tempestività** alla mail della scuola meic813006@istruzione.it l'eventuale positività al Covid, il provvedimento di quarantena e/o la condizione di contatto stretto dell'alunno e di qualunque componente del nucleo familiare. L'alunno che si trovi in una delle suindicate condizioni **non** può frequentare. L'istituzione scolastica garantirà il proseguimento del percorso scolastico.

Si allega:

- Modello certificazione medica
- Dichiarazione personale da allegare alla certificazione medica

Il Dirigente Scolastico
Prof. Francesco Mancuso

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lg n. 39/93

Dott. _____

Specialista in Pediatria/ Medico di Medicina Generale

Indirizzo _____

Telefono _____

E-mail _____

SI CERTIFICA

che l'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

residente in _____ città _____

(prov. _____)

- Ha eseguito il tampone rapido SARS – COV2 in data ___/___/___ con esito negativo.
- Non ha eseguito il tampone rapido SARS – COV2.

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 potestà genitoriale) relativa a sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

Luogo e data

(Timbro e firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 DPR 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 LR 13/2019)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a 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 DPR 445/2000

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'IIS
allegate al DPCM 07/09/2020:

febbre ≥ 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 indicati.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere informato/a 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
