

I.S.I.S. - "B. VARCHI"-MONTEVARCHI
Prot. 0011703 del 24/09/2020
05-07 (Uscita)

A.S. 2020/2021 Circolare n° 23

A STUDENTESSE e STUDENTI
iisvarchi.alunni@isisvarchi.edu.it
Loro FAMIGLIE
e p.c. al personale DOCENTE e NON DOCENTE
iisvarchi.docenti@isisvarchi.edu.it
iisvarchi.ata@isisvarchi.edu.it
Al Direttore SS.GG.AA.
dsga@isisvarchi.edu.it

Al Sito Web

OGGETTO: **AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI COVID-19**

Come indicato nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia", per gli alunni frequentanti le scuole secondarie:

- la riammissione a scuola dopo assenza per motivi di salute non superiori a 5 giorni la riammissione avviene dietro presentazione di autodichiarazione dei genitori;
- la riammissione a scuola dopo assenza per malattia superiore ai cinque giorni è consentita previa presentazione del certificato medico (art. 42, D.P.R. n. 1518 del 22/12/1967).

Si allega modulo di autodichiarazione in oggetto, da compilare per gli studenti minorenni da parte della famiglia, o dagli studenti maggiorenni, in caso che nel periodo di assenza per motivi di salute NON ABBIA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19.

Ringraziando per la consueta collaborazione, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Chiara Casucci
Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D. Lgs. 82/2005 e norme collegate

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI COVID-19**

Resa ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. N.445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Documento di identità _____ N. _____

In qualità di Genitore/Tutore di _____

Frequentante la classe ___ sez. ___ indirizzo _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.), e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

sotto LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19, come indicati nel Rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità n. 58/2020:

- febbre ($\geq 37^{\circ}\text{C}$)
- brividi
- tosse
- difficoltà respiratorie
- perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia)
- perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)
- rinorrea/congestione nasale
- faringodinia
- diarrea

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.

Luogo, data

Firma Genitore/Tutore

N.B. La presente dichiarazione dovrà essere consegnata dallo studente al docente della prima ora.