



Avviso n° 321 del 20.10.2020

Al DSGA
Ai Docenti
Ai Genitori
Agli Alunni

Al sito web

Oggetto: Assenza alunni per motivi familiari, per motivi di salute, per malattia con sintomi compatibili con COVID-19 - Circolare Ministeriale 30847 del 24/09/2020.

Con riferimento al Regolamento d'Istituto recante "misure di prevenzione e contenimento della diffusione del SARS-CoV-2", si forniscono i seguenti chiarimenti in merito agli attestati che devono essere presentati dagli alunni per la riammissione nella scuola.

Assenza per motivi familiari o di salute con sintomi NON compatibili con COVID-19.

In caso di assenza dovuta ai motivi sopraindicati, i genitori degli alunni dovranno giustificare l'assenza presentando il modulo di autodichiarazione (All.1). In caso di assenza, per malattia generica, **superiore a 5 giorni**, l'alunno dovrà presentare apposita certificazione del medico curante attestante l'avvenuta guarigione e nulla osta al rientro a scuola.

Assenza per motivi di salute con sintomi compatibili con il COVID-19 (febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa o diminuzione dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto, rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea)

1) Studentesse e studenti con sintomatologia a scuola

L'operatore scolastico che viene a conoscenza di un alunno sintomatico deve avvisare il referente scolastico. Il referente COVID-19, o altro componente del personale scolastico, conduce l'alunno/a nella stanza appositamente dedicata come aula Covid e, successivamente, telefona ai genitori. Procede, quindi, alla rilevazione della temperatura corporea. Il minore, in attesa dei genitori, non dovrà essere lasciato da solo ma in compagnia di un operatore scolastico autorizzato.

2) Studentesse e studenti con sintomatologia presso il proprio domicilio

Nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5°C o sintomatologia compatibile con COVID-19 presso il proprio domicilio, egli dovrà rimanere a

casa. Nel contempo i genitori devono informare il medico curante, per la valutazione clinica del caso, e comunicare alla scuola l'assenza per motivi di salute.

3) Riammissione a scuola.

In presenza di sintomatologia sospetta COVID-19, il medico curante richiede il test diagnostico e lo comunica al Dipartimento regionale di Prevenzione (DdP).

I genitori tengono informata la scuola circa gli sviluppi della situazione.

In caso di test diagnostico con esito positivo, il medico curante, dopo aver seguito il corretto percorso diagnostico terapeutico, conferma l'avvenuta guarigione dell'alunno previa "Attestazione di nulla osta al rientro a scuola".

In caso di patologie diverse da COVID-19, con tampone negativo, l'alunno dovrà rimanere a casa fino a guarigione clinica seguendo le indicazioni del medico curante che, per come disposto dalle norme nazionali e/o regionali, dovrà redigere apposita attestazione di nulla osta al rientro a scuola dell'alunno.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elena De Filippis

Elena De Filippis



LICEO CLASSICO STATALE "P. GALLUPPI"

Tel. : 0961/726344 – Fax: 0961/723156

E-mail: czpc060004@istruzione.it - Sito web: www.liceogalluppi.net

C.F.: 80003960798 – Codice meccanografico: CZPC060004 Via A.De Gasperi. 76 - 88100 CATANZARO



AUTODICHIARAZIONE

Assenza da scuola per motivi familiari o di salute per malattia fino a 5 giorni
con sintomatologia **NON** riconducibile a covid-19
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 445/2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____

In qualità di genitore/tutore del minore: _____, *studente di questo istituto*

frequentante la classe _____ sezione _____, consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 DPR 445/2000) e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dallo **studente**
- 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
- che il proprio figlio/a è risultato assente dal ____/____/____ al ____/____/____ per motivi familiari;
- che nei suddetti giorni **NON HA PRESENTATO** i sintomi potenzialmente sospetti COVID-19* ,
- che **NON HA PRESENTATO** temperatura superiore ai 37.5°C negli ultimi tre giorni antecedenti alla data odierna.

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)