



Ministero dell'istruzione

Istituto Comprensivo "L. DA VINCI"
Scuole Primarie di Azzate Bodio L.go Cazzago Br. Daverio
Scuola Secondaria di Primo Grado di Azzate
Via Colli, 21 – 21022 AZZATE (VA) C.F. 80010400127
Tel. 0332/459444 – Fax 0332/459021
e-mail: VAIC806008@istruzione.it - www.istcomazzate.gov.it

Azzate 15/09/2020

Comunicazione n.8

Alle Famiglie

Comunicazione n.8

Ai Docenti

Oggetto: Assenze degli alunni e riammissione alla frequenza scolastica

Per la riammissione alla frequenza scolastica:

- in caso di assenza dell'alunno per sintomatologia NON riconducibile a Covid-19, il genitore è tenuto a compilare il modulo **AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19** (Modulo in allegato).
- in caso di assenza dell'alunno per sintomatologia RICONDUCIBILE a Covid-19, il genitore è tenuto, in base alla normativa vigente e al Patto educativo di corresponsabilità della Scuola, ad informare il pediatra/medico di base (PLS/MMG) il quale valuterà la situazione ed attuerà eventualmente la procedura di competenza.

Fatte salve le modalità di rientro in caso di sospetto COVID / caso accertato COVID, **in tutti i casi di assenza per motivi di salute non riconducibili a sospetto COVID** (es. trauma, malattia esantematica, ecc.) **né ATS né il MMG/PLS sono tenuti a rilasciare alcuna certificazione specifica**, fatti salvi eventuali aggiornamenti e modificazioni normative/ indicazioni regionali.

In allegato:

modulo Autocertificazione assenza da scuola per motivi di salute non sospetti per Covid-19

Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Simona Piraino

(documento firmato digitalmente ai sensi del CAD e norme ad esso connesse)

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

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e cognome leggibile)

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

(Nome e cognome leggibile)

Frequentante la classe _____ scuola secondaria/primaria di _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

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:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

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 e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
