

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA CARDUCCI, 1
07024 LA MADDALENA (OT)
Codice Fiscale: 91040290909 Codice Meccanografico: SSIC833008
ssic833008@istruzione.it ssic833008@pec.istruzione.it
www.ic-lamaddalena.gov.it
tel. 0789.737398 fax 0789.730265

La Maddalena, li 06/10/2020

Circ. n. 28

A TUTTI I DOCENTI
A TUTTI I GENITORI
SITO

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19 ED AUTODICHIARAZIONE CONOSCENZA REGOLE COVID PER RIENTRO PER MOTIVI FAMILIARI

Si ritrasmettono i modelli di cui sopra, da compilare, a cura di entrambi i genitori nel caso si verificano le situazioni in oggetto. Gli stessi modelli sono reperibili sul sito.

SI INVITANO I DOCENTI AD UNA ACCURATA ED ATTENTA LETTURA DELLE CIRCOLARI E DI PRESTARE ATTENZIONE DURANTE I COLLEGI DEI DOCENTI DURANTE I QUALI SONO STATE DATE AMPIE SPIEGAZIONI DI COME COMPORTARSI ED AGIRE, ONDE EVITARE INUTILI RIPETIZIONI O PERDITE DI TEMPO, IN NOME DELLA CORRESPONSABILITÀ CHE CI VEDE TUTTI UNITI PER LO STESSO FINE: GARANTIRE LA SICUREZZA DEGLI ALUNNI, PER PRIMA COSA E LA NOSTRA.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

e residente in _____

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

nato/a a _____ il _____,

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)

ALLEGATO 2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

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

a _____
(prov. _____)

Studente dell'Istituto

Esercente la responsabilità genitoriale di

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

sotto la propria responsabilità (se maggiorenne) o di quella di un esercente la responsabilità genitoriale,

DICHIARA

di essere a conoscenza delle disposizioni del DPCM 7/8/2020, art. 1, comma 6, lettera a, e di agire nel loro rispetto (*)

di essere a conoscenza delle attuali misure anti-contagio e di contrasto all'epidemia COVID-19 di cui al relativo Protocollo pubblicato nel sito dell'Istituto

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno di questa struttura; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19.

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

Firma (dell'interessato o dell'esercente la responsabilità genitoriale)

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Alessandra Deleuchi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi

Dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993