



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "AMANTE"

Via degli Osci, 1 - 04022 - FONDI (LT) ☎ 0771501626 fax 0771512219



ltic817006@istruzione.it ltic817006@pec.istruzione.it

sito-web : www.icamante.edu.it

CODICE FISCALE : 90027830596

Ai Sigg. Genitori
Ai Sigg. Docenti
All'Albo d'Istituto
Al Sito Web
Al Registro Elettronico
e p.c. Al Responsabile Gestione SERVIZI GENERALI

COMUNICAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO – A.S. 2020/2021		
CIRC. N. 63	14/11/2020	RIAMMISSIONE A SCUOLA POST QUARANTENA PER ALUNNO INDICAZIONI

Si forniscono di seguito le indicazioni per il rientro a scuola degli alunni delle classi per le quali il SISP ha disposto provvedimento di quarantena domiciliare in qualità di contatti stretti con caso positivo al Covid-19.

Si precisa che il rientro a scuola potrà avvenire solo al termine del periodo di quarantena comunicato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL (14 giorni dall'ultima esposizione al caso) e naturalmente esclusivamente nei casi in cui durante la quarantena l'alunno non abbia manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° oppure sintomi respiratori oppure sintomi gastroenterici), abbia rispettato le prescrizioni imposte dall'isolamento domiciliare e non sia stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare.

In ogni caso è previsto il contatto con il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale" prima del rientro.

L'alunno, dopo la fine del periodo di quarantena, in qualità di contatto stretto, potrà essere riammesso a scuola esclusivamente esibendo al docente in servizio alla prima ora di lezione il modello allegato di "AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO/A A SCUOLA POST QUARANTENA IN QUALITÀ DI CONTATTO STRETTO A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DA PARTE DEL SISP", debitamente compilato e firmato dal genitore o dal tutore. Il modello è anche disponibile in formato editabile.

Altra procedura è prevista per il rientro dei soggetti per i quali è stata accertata la positività al Covid 19. Questi ultimi potranno essere riammessi a scuola SOLTANTO CON CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE L'AVVENUTA GUARIGIONE

f.to Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Annarita del Sole

**AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO/A A SCUOLA
POST QUARANTENA IN QUALITÀ DI CONTATTO STRETTO
A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DA PARTE DEL SISP
(Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà - Art. 47 DPR 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____ il ___/___/_____, residente in _____,
Codice Fiscale _____.

in qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____, frequentante la classe ___/sez. _____ di Scuola

Infanzia - Primaria - Secondaria di I grado, nato/a a _____ il ___/___/_____,
Codice Fiscale _____

ai sensi della normativa vigente in materia, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA CHE

durante la quarantena domiciliare disposta dal SISP il/la proprio/a figlio/a si è sottoposto o è stato sottoposto a tampone per positività al Covid 19 non prima del 10° giorno di isolamento (indicare data: _____) ed è risultato negativo;

il/la proprio/a figlio/a durante il periodo di quarantena fiduciaria disposto dal SISP della durata di 14 giorni, dal ___/___/20 al ___/___/20, non ha presentato sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e non si è sottoposto ad alcun tampone;

di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite.

Pertanto,

NE CHIEDE

LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I 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).

Fondi, ___/___/2020

Firma del genitore o tutore
