



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIA FRANCESCO GENTILE 40"
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
Via Francesco Gentile, 40 – 00173 Roma - Tel. 06.7210096 - Fax: 06.72960489
Email: mic8cm003@istruzione.it - PEC: mic8cm003@pec.istruzione.it Sito: www.icviagentile40.edu.it
Cod. Mecc.: RMIC8CM003 – Cod. Fisc.: 97616160582



Roma, 20 settembre 2021

Ai Genitori degli alunni

Ai Docenti

Al Sito web

Al RE

CIRCOLARE N. 15/21.22

OGGETTO: CERTIFICAZIONI MEDICHE PER ASSENZA SCOLASTICA.

In riferimento a quanto in oggetto, la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, nella comunicazione del 15.09.2021, afferma che: *"...per la riammissione a scuola è necessario, dopo assenza per malattia superiore a **3 giorni**, per la riammissione nei servizi educativi/**scuole dell'infanzia**, il certificato medico del Pediatra di libera scelta/Medico di Medicina generale, attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità al reinserimento nella comunità scolastica; e dopo assenza per malattia **superiore ai 5 giorni**, per gli studenti che frequentano la **scuola dell'obbligo** e la scuola secondaria di secondo grado".*

In entrambi i casi le assenze, rispettivamente superiori a 3 o 5 giorni, dovute a motivi diversi da malattia, potranno essere preventivamente comunicate dalla famiglia alla scuola (mic8cm003@istruzione.it) che, solo in questo caso, non dovrà richiedere il certificato per la riammissione.

L'assenza per un solo giorno dell'alunno dovrà essere giustificata sul Registro Elettronico.

Qualora il Referente Covid di plesso allontani un alunno per sospetto Covid, si attiverà il protocollo di sicurezza previsto dalla normativa anti Covid e l'alunno potrà rientrare a scuola solo con l'**Autodichiarazione (Allegato 1)** del Genitore, da inviare in segreteria al già citato indirizzo mail, e da consegnare in formato cartaceo anche al Docente di classe. Nell'Autodichiarazione, di seguito allegata, si dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver sottoposto il/la proprio/a figlio/a a visita pediatrica, accertante l'estraneità al contagio Covid.

In caso di assenza per malattia inferiore o uguale a 3 o 5 giorni, l'alunno/a potrà rientrare a scuola con l'**Autodichiarazione (Allegato 2)**, da inviare via mail in segreteria e da consegnare in formato cartaceo anche al Docente di classe.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Caterina Aiello

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D.lgs 39/93)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIA FRANCESCO GENTILE 40"
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
Via Francesco Gentile, 40 – 00173 Roma - Tel. 06.7210096 - Fax: 06.72960489
Email: mic8cm003@istruzione.it - PEC: mic8cm003@pec.istruzione.it Sito: www.icviagentile40.edu.it
Cod. Mecc.: RMIC8CM003 – Cod. Fisc.: 97616160582



Allegato 1

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE DIVERSI DA INFLUENZA DA COVID-19

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 _____, frequentante la
classe _____ di Scuola _____ dell'I.C. VIA GENTILE 40 - consapevole di tutte le
conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci; nel rispetto del Protocollo Sicurezza
approvato in C.d.I. e in Collegio dei Docenti in data 13 settembre 2021; - nel rispetto del Patto di
Corresponsabilità letto e sottoscritto con la scuola; - consapevole dell'importanza del rispetto delle misure
finalizzate alla prevenzione della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a al servizio/scuola poiché, dopo l'allontanamento con sintomi
e conseguente attivazione del protocollo sicurezza, è stato contattato il Medico curante (Pediatra di Libera
Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari.

**IL MEDICO CURANTE O IL PEDIATRA NON HA POSTO IL SOSPETTO DI COVID 19 E NON HA RITENUTO
NECESSARIO PRESCRIVERE IL TEST DIAGNOSTICO.**

Roma, lì _____

Il Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIA FRANCESCO GENTILE 40"
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
 Via Francesco Gentile, 40 – 00173 Roma - Tel. 06.7210096 - Fax: 06.72960489
 Email: mic8cm003@istruzione.it - PEC: mic8cm003@pec.istruzione.it Sito: www.icviagentile40.edu.it
 Cod. Mecc.: RMIC8CM003 – Cod. Fisc.: 97616160582



Allegato 2

**Autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni.
 Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
 il _____/_____/_____ Residente _____ a _____
 _____ (_____) _____
 Via _____ n° _____
 Recapiti: ☐ _____ ☐ _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, **studente di questo istituto**

DICHIARO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino
- 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 3/5 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

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000); 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).**

Data _____

Il Dichiarante
