

Distretto Scolastico n. 27

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE**L.S. – ISA - IPSIA****Via delle Ginestre, snc -****87055 San Giovanni in Fiore (CS)**

Tel. 0984/992265 – Fax 0984/976010 C.F: 98113150787 - C.M.: CSIS078007

e_mail: CSIS078007@istruzione.it - Pec – CSIS078007@pec.istruzione.itSito web: www.liceisgf.gov.it

AL PERSONALE DOCENTE
AI GENITORI
AGLI ALUNNI
AL SITO WEB

OGGETTO: RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA - GIUSTIFICAZIONE ASSENZE ALUNNI.

Considerata la particolare situazione legata al COVID-19, le assenze degli alunni pari o superiori a tre giorni, per motivi personali/ familiari o di salute non riconducibili al COVID-19, dovranno essere giustificate mediante autocertificazione firmata dal genitore (tutore) (**modello allegato**), in alternativa si potrà presentare il certificato medico. **Se i giorni di assenza per malattia non riconducibili al COVID-19 sono superiori a cinque, il certificato medico attestante l'avvenuta guarigione sarà obbligatorio.**

Il docente della prima ora dovrà verificare scrupolosamente i giorni di assenza degli alunni dal registro di classe/elettronico, la motivazione dell'assenza e richiedere all'alunno la necessaria certificazione.

Motivo dell'assenza	Certificazione richiesta
Motivi personali o familiari. Motivi di salute non riconducibili a COVID-19- <u>Massimo giorni due (2).</u>	Giustificazione firmata dal genitore o da chi ne fa le veci.
Motivi personali o familiari. Motivi di salute non riconducibili a COVID-19- <u>Dai tre (3) ai cinque (5).</u>	Autodichiarazione firmata dal genitore o da chi ne fa le veci (modello allegato) oppure certificato medico secondo la normativa vigente + Giustificazione firmata dal genitore o da chi ne fa le veci.
Motivi di salute non riconducibili a COVID-19 <u>superiori a cinque (5) giorni.</u>	Certificato medico secondo la normativa vigente + Giustificazione firmata dal genitore o da chi ne fa le veci.
Motivi di salute riconducibili a COVID-19 (con tampone negativo).	Attestazione del PLS/MMG attestante il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-19.
Motivi di salute riconducibili a COVID-19 (con tampone positivo).	Attestazione del DDP di avvenuta guarigione e nulla osta al rientro in comunità.

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Audia Angela**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/93

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

Il sottoscritto **COGNOME** _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di genitore /tutore

DELL'ALUNNO

COGNOME _____

NOME _____

FREQUENTANTE QUESTO ISTITUTO

Classe Sezione _____

Assente dal _____

al _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

In caso di assenza temporanea e breve da scuola:

- Che il/ proprio/a figlio/a è stata assente per motivi non collegati al proprio stato di salute *in alternativa*
- di avere/non aver sentito il [Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale] (cancellare la voce non attinente), Dott./ssa _____ (cognome in stampatello) _____ (nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid- 19 come disposto da normativa nazionale e regionale.
- Di non essere a conoscenza d'avere avuto contatti con persone con COVID 19 o per le quali sono adottate, dalla normativa vigente d'emergenza, particolari protocollo e/o limitazioni
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio, negli ultimi 14 giorni
- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute

Chiedo pertanto la riammissione presso l'Istituzione scolastica.

In fede

Data

(Firma del dichiarante)