



Com. int. n°36

Ferno, 27 settembre 2020

Alle famiglie degli alunni
I.C. " B. Croce"
Ai Referenti COVID
Ai Docenti
Al Dsga
Al sito scolastico

Oggetto: assenza alunni

Si comunica che anche per il corrente anno scolastico, qualora un alunno si assentasse al rientro a scuola, la famiglia è tenuta a compilare l'autocertificazione qui di seguito allegata e disponibile sul sito dell'Istituto, nella sezione "Rientriamo a scuola".

Si ricorda che:

Prima di uscire da casa è necessario misurare sempre la temperatura – a scuola potrà essere misurata a campione all'ingresso.

NON SI PUO' VENIRE A SCUOLA

- Se la temperatura supera i 37,5°
- Se si hanno sintomi simil influenzali: tosse, forte raffreddore, diarrea, mal di testa, vomito o dolori muscolari, ed altri sintomi riconducibili a Covid-19
- se si proviene da paesi a rischio
- se si ha avuto contatti nei 14 giorni precedenti con persone positive al VIRUS (a meno di avere già eseguito tampone di controllo con esito negativo, almeno 10 giorni dopo il contatto);
- essere in attesa di esito di tampone.

In tutti questi casi l'alunno deve rimanere a casa e la famiglia deve contattare il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale e avvertire la scuola dell'assenza per malattia tramite le mail

RIENTRO IN CLASSE

ATS Insubria ha fornito alle scuole con documento del 13.09.2021 le indicazioni per le modalità di rientro a scuola degli alunni dopo una assenza, che qui riportiamo:

ASSENZA	FAMIGLIA
Sospetto COVID19 secondo giudizio e valutazione del Pediatra o medico di famiglia	Consegna alla scuola, al rientro dell'alunno' del modulo di Attestazione <i>di aver seguito il pdt e prevenzione COVID19</i> , rilasciato dal Pediatra o Medico di famiglia.
Caso accertato COVID19	Consegna del modulo di Attestazione di rientro in comunità alla scuola rilasciato dal Pediatra o Medico di famiglia.
Contatto stretto di caso COVID, sempre negativo	Consegna del modulo di Attestazione di rientro in comunità alla scuola rilasciato dal Pediatra o Medico di famiglia.
Altra causa di malattia	Rientro a scuola con le modalità previste ordinariamente presentando anche autocertificazione attraverso modello predisposto dalla scuola.

Assenza per motivi diversi (non di salute)	Rientro a scuola con le modalità previste ordinariamente presentando anche autocertificazione attraverso modello predisposto dalla scuola.
---	--

I soggetti positivi la cui guarigione sia stata certificata da tampone negativo, qualora abbiano contemporaneamente all'interno del nucleo familiare altri casi ancora positivi, se le condizioni abitative permettono di mantenere un adeguato isolamento dai conviventi positivi, non devono essere considerati alla stregua di contatti stretti con obbligo di quarantena, ma possono essere riammessi in comunità su valutazione di ATS, in raccordo con il MMG / PLS.

Si ringrazia per la costante collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE

Germana Pisacane

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 c.2 D. Lgs 39/93

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore legale del bambino/a alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____, assente da scuola nel/i giorno/i _____ del mese di _____,

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di aver preso visione del protocollo anticontagio dell'istituto comprensivo Benedetto Croce
- di essere informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da Covid-19;

DICHIARA ALTRESI'

- Che il/la proprio/a figlio/a NON si è assentato per motivi di salute;
- Che il/la proprio/a figlio/a SI È ASSENTATO PER MOTIVI DI SALUTE e in tal caso :
 - di aver contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale e di averne seguito scrupolosamente le indicazioni terapeutiche, anche relativamente al rientro a scuola.

Si precisa che il modello può subire modifiche in relazione a ulteriori indicazioni dell'autorità sanitaria territorialmente competente

Ferno/Samarate, _____ Firma _____