



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ALBANELLA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Roma snc – Tel. e Fax 0828/781120
e-mail saic887003@istruzione.it pec: saic887003@pec.istruzione.it
sito www.icalbanella.it
84044 ALBANELLA (SA)
Codice Fiscale: 91027370658
Codice Univoco Ufficio: UFS69W

Ai docenti

Ai genitori degli alunni

SITO WEB

ATTI

OGGETTO: Rientro a scuola in sicurezza

In riferimento alle più recenti indicazioni emanate dal Ministero della salute, nonché al documento emanato dalla Regione Campania recante il titolo “ Rientro a scuola in sicurezza”, si precisa quanto segue:

per la riammissione a scuola, l'alunno che sia rimasto assente per malattia per più di 5 giorni, può essere riammesso soltanto dopo presentazione di una dichiarazione del Medico curante circa la natura della malattia e l'idoneità alla frequenza.

Tale certificazione, pertanto, va rilasciata al 6° giorno di assenza (... assente per più di 5 giorni). In pratica esso va richiesto dalla scuola all'alunno che rientra dal 7° giorno dall'inizio della malattia.

In tutti gli altri casi, i genitori sono tenuti a compilare i modelli di autocertificazione che si allegano.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa D'Angelo Antonella



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ALBANELLA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Roma snc – Tel. e Fax 0828/781120
e-mail saic887003@istruzione.it pec: saic887003@pec.istruzione.it
sito www.icalbanella.it
84044 ALBANELLA (SA)
Codice Fiscale: 91027370658
Codice Univoco Ufficio: UFS69W

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
_____ Luogo di nascita _____
_____ Data di nascita _____
_____ genitore del bambino/studente _____
_____ della scuola _____

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 la collettività,

DICHIARA

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a 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 respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- 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 a scuola.*

Luogo e data _____ Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ALBANELLA
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
Via Roma snc - Tel. e Fax 0828/781120
e-mail saic887003@istruzione.itpec: saic887003@pec.istruzione.it
sito www.icalbanella.it
84044 **ALBANELLA** (SA)
Codice Fiscale: 91027370658
Codice Univoco Ufficio: UFS69W

Il/la _____ sottoscritto/a _____ Cognome _____ Nome _____
_____ Luogo _____ di _____ nascita _____
_____ Data di nascita _____ genitore _____
del bambino/studente della scuola _____

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione
di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

che l'assenza del figlio da scuola dal _____ al _____ è avvenuta
per ragioni diverse da motivi di salute.

Luogo e data _____ Firma _____