

Gent.mi genitori,

Vi raggiungo per aggiornarvi in merito alle pratiche da seguire per il rientro a scuola.

✓ **Referente Covid**

Vi comunico che i referenti Covid per le relative comunicazioni a Scuola sono: P. Sebastiano De Boni, Paggiaro Patrizia e Costa Francesca; email: info@scuolerogazionisti.it

✓ **Rientro a scuola**

Secondo il DPCM del 7 settembre 2020 "Modelli di autodichiarazione" è previsto che, in quanto le cause di assenza degli alunni possono essere molteplici, sono stati definiti tre nuovi modelli da utilizzare per il rientro a scuola:

- in caso di **allontanamento da scuola** è necessario compilare l'autodichiarazione di cui all'Allegato 1 "Autodichiarazione ai fini della riammissione dopo l'allontanamento da scuola";
- in caso di assenza da scuola per motivi di salute **NON** riconducibili al Covid è necessario compilare l'autodichiarazione di cui all'Allegato 2 "Autodichiarazione ai fini della riammissione dopo l'assenza per motivi di salute";
- in caso di assenza da scuola per motivi **NON** di salute è necessario compilare l'autodichiarazione di cui all'Allegato 3 "Autodichiarazione assenza da scuola non per motivi di salute".

Vi saluto cordialmente e vi ringrazio per la collaborazione che state dimostrando nella ripartenza scolastica, rispettando le regole che siamo chiamati a mettere in pratica per garantire la salute di tutti: alunni, docenti, personale scolastico e Voi famiglie.

Il Dirigente Scolastico
P. Sebastiano De Boni



Allegato 1

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO LA SEGNALAZIONE DA PARTE
DELLA SCUOLA**

Io sottoscritto/a _____

Residente a _____

Indirizzo

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

Allontanato dalla scuola in data

**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 collettività,**

DICHIARO

di aver contattato il Medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità.

Pertanto l'alunno/a può frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

FIRMA

Data _____

Allegato 2

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO L'ASSENZA
PER MOTIVI DI SALUTE**

Io sottoscritto/a _____

Residente a _____

Indirizzo

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

Assente dalla scuola per motivi di salute dal _____ al _____

**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 collettività,**

DICHIARO

di aver contattato il Medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la
terapia ed il rientro in comunità.

Pertanto l'alunno/a può frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

FIRMA

Data _____

Allegato 3

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA NON PER MOTIVI DI SALUTE

Io sottoscritto/a _____

Residente a _____

Indirizzo

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

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 collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/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 respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- 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 al servizio/scuola.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
