



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "VINCI-NERVI-FERMI"

POLO TECNICO PROFESSIONALE DI ALESSANDRIA – ALIS00600N

SEZIONI PERMANENTI: IT "VINCI" COD MECCANOGRAFICO ALTD00601X- IP "MIGLIARA" COD MECCANOGRAFICO ALRC00601LVia Trotti, 17/19 Tel. 0131-252217 /262277

SEZIONI AGGREGATE: IT "NERVI" ALTL00601A - SERALE ALTL00161Q IPSIA "FERMI" ALRI006019

Via Morbelli 33 tel. 0131-252558/231875

mail.: alis00600n@istrUZIONE.it mail PEC: alis00600n@pec.istruzione.it

C.F. 80004200061 – P. IVA 0261454066 – CODICE UNIVOCO UFFV495



CIRCOLARE INTERNA N. 5 - A.S. 2020/21

Segreteria del Personale

Al Personale docente

Al Personale A.T.A.

Agli Alunni

Ai Genitori

Atti

OGGETTO: rientro in Istituto dopo assenza per malattia.

Si ricorda al personale in indirizzo che, in base alla normativa vigente e come delibera n. 67 del Consiglio di Istituto in data 6 Ottobre 2020 per il rientro in Istituto a seguito di assenza per malattia fino a n. 5 giorni, è richiesta apposita autocertificazione su appositi modelli che si allegano alla presente; oltre i 5 giorni di assenza, è necessario presentare un certificato medico che attesti l'avvenuta guarigione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ing. Salvatore OSSINO



/fu

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la gestione delle
risorse umane, finanziarie e strumentali
Direzione provinciale per i servizi scolastici di Alessandria
Sezione per la gestione dei servizi scolastici per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio di



FONDI STRUTTURALI EUROPEI
2014-2020
NELLA SCUOLA - COMPETENZE E AGENTI PER L'APPRENDIMENTO (PESK)



Allegato 4

**FAC-SIMILE AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER
MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
_____, nato/a _____ il _____

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 al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO (croettare in assenza di manifestazioni sintomatiche)
 HA PRESENTATO SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- sono state seguite le indicazioni fornite _____
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

Allegato 5

**FAC-SIMILE AUTODICHIARAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST
DIAGNOSTICO PER COVID-19**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
_____, nato/a _____ il _____.

- consapevole che in assenza di richiesta da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG), il tampone potrebbe non essere effettuato nei tempi previsti e potrebbe essere una prestazione non appropriata che crea inutile disagio al soggetto in particolare se di giovane età;
- 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 lo studente è stato posto in isolamento presso la scuola _____
comune di _____ con comunicazione da parte del referente
scolastico alle ore _____ per la presenza dei seguenti sintomi:

Di aver contattato con esito negativo nelle 24 ore precedenti il proprio PLS/MMG (nella fascia oraria
di contattabilità telefonica) _____

Di aver contattato con esito negativo il Dipartimento di Prevenzione/Guardia Medica dell'ASL
territorialmente competente;

Pertanto richiede l'effettuazione del test diagnostico ad accesso diretto presso HOT SPOT scolastico

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
