



14° Circolo Didattico "Re David"
BAEE01400Q

Via Omodeo, n. 27 - 70125 BARI

e-mail: baee01400q@istruzione.it / baee01400q@pec.istruzione.it /
<https://www.scuolaredavid.edu.it>

☎: Segr. **080.502.52.78** ☎: Direz. **080.501.40.23** - Codice Fiscale 80007700729

Bari,

- Ai Sigg. Docenti
 - Ai Rappresentanti di classe e di sezione
 - Ai Sigg.ri genitori alunni
Scuola Primaria
Scuola Infanzia
 - Al presidente del C.d.C.
 - Al personale ATA
 - Al sito web
- Sede

Oggetto: Rientro a scuola degli alunni
Indicazioni per la consegna di certificati medici.

Nei casi di assenza degli alunni il certificato medico è necessario:

- 1) dopo assenza per malattia superiore a 3 giorni (Decreto del Ministero dell'Istruzione n. 80 del 03/08/2020) nella scuola dell'infanzia;
- 2) dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni nella scuola primaria (art. 42, D.P.R. n. 1518 del 22/12/1967).

Scuola Infanzia

Nel primo caso il periodo di assenza minimo per cui è richiesta la certificazione di riammissione è di 4 giorni: "assenza per malattia superiore a 3 giorni" significa infatti che la riammissione al 4° giorno non necessita del certificato medico, che occorre invece in caso di riammissione al 5° giorno od oltre dall'inizio della malattia.

Scuola Primaria

Nel secondo caso il periodo di assenza minimo per cui è richiesta la certificazione di riammissione è di 6 giorni: "assenza per malattia superiore a 5 giorni" significa infatti che la riammissione al 6° giorno non necessita del certificato medico, che occorre invece in caso di riammissione al 7° giorno od oltre dall'inizio della malattia.

Alla presente viene allegato il modello di autodichiarazione da compilare nel caso non sia necessario presentare il certificato medico.

Tale modello, debitamente compilato e firmato, verrà consegnato dal genitore all'insegnante di classe in ingresso; quest'ultimo lo farà pervenire agli uffici di segreteria per gli adempimenti di competenza.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Sabatino ARESTA)

AUTODICHIARAZIONE PER ASSENZE BREVI AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000

Minore che frequenta l'Istituto XIV C.D. Re David di Bari

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____

in qualità di genitore

DEL MINORE

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 essersi recato dal proprio pediatra e che nulla gli è stato riferito circa la necessità di adozione di misure previste dalla normativa COVID-19
- 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 protocolli e/o limitazioni
- Di non essere stato in quarantena o in isolamento, volontario o d'ufficio, negli ultimi 14 giorni

In caso di richiesta da parte degli organi competenti di vigilanza sanitaria:

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone nel caso in cui lo stesso sia stato effettuato
- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del doppio tampone
- Di essere risultato negativizzato, a seguito dell'adozione del protocollo di controllo, e che, come da certificato rilasciato dall'ASL, che si allega in copia, può essere riammesso in classe.

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso a scuola ha goduto di ottima salute
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.