



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Indirizzo
Dipartimento per
l'istruzione e per
l'Università



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI TRESCORE
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado - www.ictrescorebalneario.edu.it

Data e protocollo (vedasi segnatura)

-Ai/le docenti e al personale Ata
-Ai genitori

Oggetto: GESTIONE ASSENZE ALUNNI/STUDENTI

Ad integrazione della circolare n. 9 si riassumono le seguenti regole di comportamento, per docenti e famiglie in merito alla gestione delle assenze degli alunni.

CASO A-L'ALUNNO NON SI RECA A SCUOLA PER IMPEGNI DI FAMIGLIA O PROBLEMI DI SALUTE NON RIFERIBILI A SINTOMI COVID 19

A.1 indipendentemente dai giorni di assenza la famiglia produrrà al rientro dello studente, normale giustificazione tramite libretto/DIARIO (per assenze prolungate preavvisare la scuola tramite mail a bgic883005@istruzione.it);

A.2 la giustificazione è obbligatoria: Il genitore dell'alunno che si presenterà a scuola senza giustificazione sarà contattato dalla scuola per la consegna immediata della stessa, e, se impossibilitato, per il ritiro immediato del proprio figlio.

CASO B-L'ALUNNO NON SI RECA A SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE

B.1 In caso di assenza per sintomatologia riferibile a possibile caso Covid-19

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

La famiglia è tenuta a contattare il medico di famiglia o il pediatra per la valutazione del caso e l'eventuale svolgimento delle procedure di accertamento (tampone). **Il rientro a scuola, qualora lo studente sia stato sottoposto a tampone, è subordinato a presentazione di certificato medico indipendentemente dal numero di giorni di assenza, la cosiddetta attestazione di riammissione sicura in collettività rilasciata dal Medico di medicina generale o dal Pediatra di libera scelta.**

CASO C-L'ALUNNO PRESENTA A SCUOLA SINTOMI RIFERIBILI A POSSIBILE CASO COVID-19

C.1 Possibili sintomi rilevati a scuola

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA

- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

C.2 L'alunno verrà accompagnato nell'aula Covid e avvisata la famiglia per recarsi a scuola per il pronto ritiro. La famiglia dovrà immediatamente contattare il medico di famiglia o il pediatra per gli adempimenti previsti (valutazione clinica, decisione se procedere al tampone ed eventuale successiva messa in isolamento domiciliare).

N.B All'atto del ritiro verrà consegnato alla famiglia copia del modulo "Autodichiarazione" (allegato alla circolare regionale) con timbro della scuola, con il quale presentarsi al Punto Tampone più vicino per eseguire l'accertamento, qualora ci sia l'indicazione del pediatra.

****** IL MODULO DI AUTODICHIARAZIONE SOSTITUISCE IL MODELLO DI DECRETO DI ALLONTANAMENTO REDATTO DAL DIRIGENTE SCOLASTICO predisposto in precedenza su modello dall'ATS-Bergamo**

C.3 Il rientro a scuola, qualora lo studente sia stato sottoposto a tampone, è subordinato a presentazione di certificato medico indipendentemente dal numero di giorni di assenza, la cosiddetta attestazione di riammissione sicura in collettività rilasciata dal Medico di medicina generale o dal Pediatra di libera scelta.

C.4 Nel caso di sintomatologia dello studente non riconducibile a Covid-19 e non sottoposto a tampone, il Pediatra di libera scelta o il Medico di medicina generale gestirà la situazione indicando alla famiglia le misure di cura e concordando, in base all'evoluzione del quadro clinico, i tempi per il rientro a scuola.

In coerenza con le indicazioni regionali sull'abolizione degli obblighi relativi al certificato di riammissione di cui alla LR 33/2009 art. 58 comma 2, non è richiesta alcuna certificazione/attestazione per il rientro, analogamente non è richiesta autocertificazione da parte della famiglia. È sufficiente quindi la normale giustificazione tramite libretto/diario.

Si chiede alle famiglie la massima collaborazione e un alto senso di responsabilità; il riferimento principale è il medico curante ed è fondamentale attenersi alle disposizioni che vengono dalle autorità competenti.

*****N.B In caso di rientro da assenza con il certificato del Medico di base e/o del PDLs va preavvisata la segreteria inviando a bgic883005@istruzione.it il certificato/l'attestazione di riammissione sicura a scuola.**

**** Si ricorda ai collaboratori scolastici che nessuna telefonata durante le lezioni va passata agli /alle insegnanti. I genitori, se ritengono di dover avvisare la scuola dell'assenza, possono telefonare nel rispettivo plesso comunicando al collaboratore scolastico NOME E COGNOME, CLASSE DELL'ALUNNO ASSENTE, senza entrare nel dettaglio dell'assenza per il rispetto della privacy del proprio figlio.**

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Raffaella CHIODINI

*Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa.
L'originale è firmato digitalmente ed è conservato al Registro Protocollo BGIC883005 di cui all' intestazione.*

ALLEGATI: MOD 2- AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____

NOME _____

CF _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

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 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- 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 tampone

DICHIARA ALTRESÌ

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):
 - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)

- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

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.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo