



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUBIACO

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 00028 Subiaco (RM) Tel.fax. 077484377 – 0774816300

Mail: rmic8dz00r@istruzione.it- C.M. RMIC8DZ00R

Subiaco, li 17/11/2020

Circ. n. 37

A tutti i genitori degli alunni

p.c. a tutti i docenti al personale ATA al DSGA

OGGETTO: RIENTRO a Scuola dopo quarantena

Si comunica ai genitori che per la riammissione a scuola, per i casi in oggetto, si prega **di verificare di aver seguito le disposizioni dettate dall'ASL** nelle notifiche di avvio/fine quarantena.

Si sottolinea che nei casi in cui il bambino fosse risultato assente al turno di DRIVE THROUGH, ove previsto e disposto dall'ASL nella notifica di quarantena, anche se trascorsi 14 giorni, sarà necessario presentare “attestazione che l'alunno può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid-19”.

Sarà cura del genitore, qualora non fosse possibile ottenere tempestivamente certificato di riammissione dal PLS o MMG (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) **dichiarare inoltre l'assenza di sintomi utilizzando modello in calce.**

Qualora sprovvisti, di tale certificazione/autocertificazione, a tutela della salute e della sicurezza di tutta l'utenza, questi alunni non saranno riammessi a lezione e attenderanno in area protetta e vigilata finché un genitore o delegato non venga a prelevarli.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Emanuela Fubelli

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art 3 co. 2 D. Lgs 39/93

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DI SINTOMI al termine della quarantena per alunno/a che non abbia partecipato a turno Drive Through previsto per il giorno _____ alla postazione di

_____ a seguito di

notifica ASL RM5 disposta con prot. scuola n. _____ del _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, e

residente in _____ in

qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

_____, nato/a

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 può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di

prevenzione per Covid-19 disposto dall'autorità sanitaria competente e poiché nel periodo di quarantena

dal _____ al _____ disposta dall'ASL RM5 con provvedimento succitato, lo 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)
