



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "GIULIANO MONTELUCCI"**

COMUNICAZIONE n. 29 del 07/10/2020

Alla comunità scolastica (Alunni, genitori, docenti, personale ATA)

Oggetto: Circolare MI n. 29319 del 06/10/2020

Come indicato dalla circolare in oggetto si comunica che le istituzioni scolastiche debbono richiedere le certificazioni mediche dopo assenza scolastica attenendosi rigorosamente a quanto indicato nella nota regionale prot. Reg Lazio n. 789903 del 14/09/2020 (assenze oltre i 3 giorni per l'infanzia e oltre i 5 giorni per la scuola primaria e secondaria).

In caso di rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non sospettati per Covid-19, nei limiti di giorni previsti (≤ 3 giorni e ≤ 5 giorni) la scuola richiede al genitore una autocertificazione attestante che il figlio/a è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale e che sono state seguite le indicazioni ricevute.

In allegato il modulo di autocertificazione.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Fabiana Celentano

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, c. 2, D.lgs. 39/93)

Autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

☐ Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino

☐ Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa _____
previo

- ☐ consulto telefonico
- ☐ visita medica

ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica

☐ Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il trattamento dei dati particolari viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì _____ Data _____

Il Dichiarante _____ (firma leggibile)