



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "AMANTE"

Via degli Osci, 1 - 04022 - FONDI (LT) ☎ 0771501626 fax 0771512219



[ltic817006@istruzione.it](mailto:ltic817006@istruzione.it) ltic817006@pec.istruzione.it

sito-web : [www.icamante.edu.it](http://www.icamante.edu.it)

CODICE FISCALE : 90027830596

Ai Sigg. Genitori  
Ai Sigg. Docenti  
All'Albo d'Istituto  
Al Sito Web  
Al Registro Elettronico  
e p.c. Al Responsabile Gestione SERVIZI GENERALI

COMUNICAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO – A.S. 2020/2021		
<b>CIRC. N. 63</b>	<b>14/11/2020</b>	<b>RIAMMISSIONE A SCUOLA POST QUARANTENA PER ALUNNO INDICAZIONI</b>

Si forniscono di seguito le indicazioni per il rientro a scuola degli alunni delle classi per le quali il SISP ha disposto provvedimento di quarantena domiciliare in qualità di contatti stretti con caso positivo al Covid-19.

Si precisa che il rientro a scuola potrà avvenire solo al termine del periodo di quarantena comunicato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL (14 giorni dall'ultima esposizione al caso) e naturalmente esclusivamente nei casi in cui durante la quarantena l'alunno non abbia manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° oppure sintomi respiratori oppure sintomi gastroenterici), abbia rispettato le prescrizioni imposte dall'isolamento domiciliare e non sia stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare.

In ogni caso è previsto il contatto con il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale" prima del rientro.

L'alunno, dopo la fine del periodo di quarantena, in qualità di contatto stretto, potrà essere riammesso a scuola esclusivamente esibendo al docente in servizio alla prima ora di lezione il modello allegato di "AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO/A A SCUOLA POST QUARANTENA IN QUALITÀ DI CONTATTO STRETTO A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DA PARTE DEL SISP", debitamente compilato e firmato dal genitore o dal tutore. Il modello è anche disponibile in formato editabile.

Altra procedura è prevista per il rientro dei soggetti per i quali è stata accertata la positività al Covid 19. Questi ultimi potranno essere riammessi a scuola SOLTANTO CON CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE L'AVVENUTA GUARIGIONE

f.to Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Annarita del Sole

**AUTODICHIARAZIONE PER RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO/A A SCUOLA  
POST QUARANTENA IN QUALITÀ DI CONTATTO STRETTO  
A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DA PARTE DEL SISP  
(Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà - Art. 47 DPR 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_.

in qualità di genitore o tutore (titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_/sez. \_\_\_\_\_ di Scuola

Infanzia -  Primaria -  Secondaria di I grado, nato/a a \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi della normativa vigente in materia, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

**DICHIARA CHE**

durante la quarantena domiciliare disposta dal SISP il/la proprio/a figlio/a si è sottoposto o è stato sottoposto a tampone per positività al Covid 19 non prima del 10° giorno di isolamento (indicare data: \_\_\_\_\_) ed è risultato negativo;

il/la proprio/a figlio/a durante il periodo di quarantena fiduciaria disposto dal SISP della durata di 14 giorni, dal \_\_\_/\_\_\_/20 al \_\_\_/\_\_\_/20, non ha presentato sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e non si è sottoposto ad alcun tampone;

di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);

di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite.

Pertanto,

**NE CHIEDE**

**LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA.**

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

I 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).

Fondi, \_\_\_/\_\_\_/2020

Firma del genitore o tutore

\_\_\_\_\_