MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo Fregene - Passoscuro
RMIC8DH001 - Distretto 22 - Via Portovenere 145 – 00054 Fiumicino (RM)
Tel. 06 65210735 – Fax 06 32091190
✉ *rmic8dh001@istruzione.it; rmic8dh001@pec.istruzione.it*

Circolare n° 30 del 10 ottobre 2020

Alle famiglie
Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I grado
Al personale docente
Al Personale ATA

Sito web

Oggetto: giustificazioni assenze

Come regolamentato con nota della Regione Lazio n. 789903 del 14/09/2020 e in linea con le indicazioni del DM n. 80 del 3/08/2020, si comunica quanto segue:

- Dopo assenza per malattia **superiore a 3 giorni** la riammissione **nella scuola dell'infanzia** sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di medicina generale attestante l'assenza di malattie infettive o diffusive e l'idoneità al reinserimento nella comunità educativa /scolastica".
- Per gli studenti della **scuola dell'obbligo**, la riammissione a scuola dopo assenza scolastica di **più di 5 giorni** sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 22 ottobre 2018, n 7 "disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale" (art. 68) in quanto gli stessi certificati sono richiesti da "misure di profilassi previste a livello internazionale e nazionale per esigenze di sanità pubblica".

In entrambi i casi sopracitati le assenze rispettivamente superiori a 3 o 5 giorni, dovute a motivi diversi da malattia, potranno essere **preventivamente comunicate dalla famiglia alla scuola solo ed esclusivamente al seguente indirizzo mail** *rmic8dh001@istruzione.it*
Inoltre, con nota congiunta dell'USR con la Regione Lazio n. 29319 del 6 ottobre 2020, è stato confermato quanto sopra indicato e reso disponibile per l'utenza il **modulo** relativo alla **autocertificazione per il rientro a scuola** (di seguito allegato) dopo assenze inferiori o uguali a 3 giorni (scuola dell'infanzia) e inferiori o uguali a 5 giorni (scuola dell'obbligo) senza rilevanza di sintomi COVID o a conclusione del consulto diagnostico da parte del Pediatra di libera scelta.
Si auspica pertanto una fattiva collaborazione con la scuola al fine di prevenire eventuali situazioni di contagio.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Spinavaria

Allegato 3 - FAC SIMILE per 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)*