



ISTITUTO COMPRENSIVO MAPPANO
Scuola Infanzia
Scuola Primaria "Sandro Pertini"
Scuola Secondaria di Primo Grado "Giovanni Falcone"

Via Tibaldi, 70 - 10079 Mappano (TO)
Codice meccanografico: TOIC860003 - Codice Fiscale: 92028850011
Web: <http://www.icmappano.edu.it>
P.E.O - toic860003@istruzione.it P.E.C. - toic860003@pec.istruzione.it
Tel. 0112222144



Cir. Int. n. 14 del 11/09/2020

Ai Genitori
Ai Docenti
ATA
Al Sito Web

Oggetto: Autodichiarazione rientro a scuola in caso assenza oltre i 5 giorni

Il Consiglio di Istituto del 09/09/2020, ha deliberato per la tutela dei nostri figli e del personale tutto che in caso di assenza dall'attività didattica pari o superiore a 5 giorni consecutivi, l'alunna/o sarà riammesso in classe solo se provvisto della autodichiarazione allegata alla presente.

Nel caso in cui l'alunna/o ne fosse sprovvisto, non potrà essere riammesso in classe finchè il genitore ci fornirà l'autodichiarazione.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Veronica Di Mauro
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
(ex art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993)

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
_____, nato/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/a può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso

- NON HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID (**croettare in assenza di manifestazioni sintomatiche**)
- HA PRESENTATO SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID

Indicare i sintomi:

| Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Febbre >37,5° | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Nausea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

| Eventuale esposizione al contagio | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____

- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____