



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
**Istituto Comprensivo "LARGO S. PIO V"**  
L.go San Pio V, n. 20 - 00165 Roma Tel.06.66000096 - Fax 06.66012833  
C.F. 97713200588 – C.M.RMIC8GK00T  
e-mail : [rmic8gk00t@istruzione.it](mailto:rmic8gk00t@istruzione.it) - [rmic8gk00t@pec.istruzione.it](mailto:rmic8gk00t@pec.istruzione.it)



Ai genitori e/o tutori

Scuola Secondaria I grado e Scuola Primaria

Ai docenti

Al sito

Roma 15 ottobre 2020

CIRC. N. 45

**OGGETTO: autocertificazione assenze per malattie fino a 5 giorni con patologia diversa da sospetto COVID-19**

Con la presente si forniscono nuove informazioni, pervenute dalla regione Lazio eUSR Lazio con nota 29328 del 6 ottobre 2020, relativamente al caso in cui un alunno risulti assente per malattia diversa da sospetto COVID-19 (*punto 1.1.4 dell'informativa alle famiglie pubblicata nella sezione "Rientriamo a Scuola"*)

Nel caso in cui un alunno sia assente da scuola per patologia diversa da sintomi riferibili a COVID-19 per un tempo inferiore o uguale a 5 giorni consecutivi, il rientro dello stesso è ammesso previa compilazione, da parte dei genitori/tutori legali, dell'autocertificazione allegata, la quale attesta che il proprio figlio è stato valutato clinicamente dal pediatra di libera scelta, che sono state eseguite le indicazioni ricevute e che l'alunno non presenta alcun sintomo riconducibile al COVID-19.

Tale autocertificazione deve essere inviata all'attenzione del Dirigente scolastico e del referente scolastico per COVID-19, tramite la posta elettronica ufficiale [rmic8gk00t@istruzione.it](mailto:rmic8gk00t@istruzione.it) e, contestualmente, la posta elettronica dedicata [referentecovid@comprensivosanpiov.it](mailto:referentecovid@comprensivosanpiov.it).

Nel caso in cui il decorso clinico superi i 5 giorni, l'alunno rientrerà a scuola con attestazione del pediatra per avvenuta guarigione e nulla osta al rientro in comunità.

Si ricorda che, qualora venisse posta indicazione al test diagnostico i genitori/tutori legali devono:

- comunicarlo tempestivamente al Dirigente scolastico e al referente scolastico per COVID-19 tramite la posta elettronica ufficiale **rmic8gk00t@istruzione.it** e, contestualmente, la posta elettronica dedicata **referentecovid@comprensivosanpiov.it**.
- effettuarlo il più rapidamente possibile, secondo le indicazioni di cui alla nota prot. Reg. Lazio n. 0803366 del 18-09-2020.
- Comunicare tempestivamente alle email sopra indicate l'esito del tampone

L'alunno sottoposto a test diagnostico per COVID-19 deve restare in isolamento fiduciario fino all'esito del test mantenendo le misure precauzionali prescritte.

I contatti stretti dovranno seguire le indicazioni della Asl che potrà decidere per l'isolamento precauzionale/fiduciario fino all'esito negativo del tampone.

Si allega: *modulo per autocertificazione in caso di assenze per malattia inferiore o uguale a 5 giorni*

il Dirigente Scolastico Prof. Giovanni Simoneschi

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)

**Allegato 3 - autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 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 medicaha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 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)