



**ISTITUTO COMPrensivo STATALE di MALCESINE**  
Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di I° Grado  
Via Campogrande, 1 – 37018 Malcesine VR  
Telefono 0457400157 – Fax 0456570669  
[www.icsmalcesine.edu.it](http://www.icsmalcesine.edu.it) – e-mail: [vrlic84100n@pec.istruzione.it](mailto:vrlic84100n@pec.istruzione.it)



Comunicazione n.8

Data e protocollo come da signature

Alle famiglie degli alunni  
Ai docenti  
Ai referenti COVID dell'Istituto  
Al personale ATA

**Oggetto: nota di chiarimento del Ministero della Salute e autocertificazione delle famiglie.**

Si trasmette per opportuna conoscenza la [nota del Ministero della Salute n.30847 del 24.09.2020](#) (cliccare per visualizzare).

Visto il contenuto della nota ministeriale;  
considerato che ad oggi permangono situazioni di alunni che hanno avuto sintomi sospetti per Covid, i quali non hanno effettuato il test tampone perché non ritenuto necessario dal pediatra/medico di famiglia e per i quali non è stato sottoscritto nulla osta al rientro a scuola da parte dello stesso,

LA DIRIGENTE SCOLASTICA DISPONE

che in tali circostanze il rientro a scuola dell'alunno/a sia possibile esclusivamente previa autocertificazione del genitore, secondo il seguente fac simile:

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE SOSPETTI PER COVID-19  
SENZA TAMPONE**

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_

e residente in

\_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della resp. genitoriale) di

\_\_\_\_\_

nato/a 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 può essere riammesso al servizio/scuola in quanto sussistono entrambe le condizioni di seguito descritte:

- ✓ nel periodo di assenza dallo stesso, pur avendo presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 (*febbre > 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto, perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto, mal di gola, cefalea, mialgie*), il pediatra/medico di famiglia non ha ritenuto opportuno attivare la procedura di test diagnostici;
- ✓ non ha più presentato sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 negli ultimi **tre giorni**.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

Rimane valida l'autocertificazione relativa al rientro a scuola dopo assenze **per motivi di salute senza sintomi COVID**:

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di  
\_\_\_\_\_ nato/a 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 può essere ri ammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Paola Filipponi

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