



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.18

Data e protocollo come da signature

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

**Oggetto: aggiornamento sulle modalità di certificazione per il rientro a scuola dopo assenza.**

Considerato il susseguirsi delle indicazioni del Ministero della Salute, dell'Ufficio Scolastico e della Regione Veneto;

per facilitare le famiglie, gli insegnanti e i referenti Covid dell'Istituto,

si precisa quanto segue:

dopo assenza dell'alunno, per il suo rientro a Scuola:

- ✓ **sarà sempre compilato il libretto personale** delle giustificazioni;
- ✓ **sarà sempre presentata una certificazione o una autocertificazione**, secondo lo schema seguente:

1. Alunno assente per <b>motivi di salute</b> non collegati al Covid. (La Regione Veneto ha incluso in questo caso i raffreddori o mal di testa senza altri sintomi, valutati dal pediatra o medico curante)	Autocertificazione N.1
2. Alunno assente a causa di <b>motivi di salute</b> con sintomi collegati al Covid, ma giudicati dal medico curante o pediatra non sufficienti per effettuare il test tampone .	Autocertificazione N.2
3. Alunno assente per motivi familiari (vacanza-visita medica-sport)	Autocertificazione N.3
4. Alunno assente per <b>motivi di salute</b> con sintomi collegati al Covid tali da aver determinato l'effettuazione del test tampone.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attestazione del medico curante o del pediatra nel caso di esito negativo del tampone.</li><li>• Certificazione di guarigione del Servizio di Igiene e Sanità pubblica nel caso di tampone positivo.</li></ul>

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Paola Filippini

Firma autografa omessa

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

## ALLEGATO N.1

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_

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

---

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

frequentante la Scuola

- dell'Infanzia di Malcesine
- dell'Infanzia di Scalette
- Primaria di Malcesine
- Primaria di Scalette
- Secondaria di Primo Grado
  
- Classe /sezione: \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenti civili e penali previste in caso di dichiarazione mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

#### **DICHIARA**

che il proprio figlio può essere riammesso 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)

---

---

## ALLEGATO N.2

### **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 \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

**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 (*es. 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.

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

**ALLEGATO N.3**

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI FAMIGLIA**

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 \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

**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 l'assenza del figlio **non è stata causata da problemi di salute.**

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_