



Istituto Comprensivo Statale *Bonaccorso da Montemagno*

Via Petrarca SNC, 51039 Quarrata (PT) - Tel. 0573 72444

C.F. 80008950471 - Cod. Mecc. PTIC82600P

E-mail: ptic82600p@istruzione.it PEC: ptic82600p@pec.istruzione.it

Si inviano indicazioni per la gestione delle assenze scolastiche nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19.

Assenza superiore a 3 giorni per motivi di salute nella scuola dell'infanzia	Certificato medico
Assenza superiore a 5 giorni per motivi di salute nella scuola primaria e secondaria	Certificato medico
Assenza per motivi di salute inferiore a 3 giorni (infanzia) o 5 giorni (primaria e secondaria)	Giustificazione tramite MODELLO C

Assenza a seguito di sintomi COVID manifestatisi a scuola (con temperatura superiore a 37,5°)	Contatto con il PLS/MMG e rientro non prima di aver passato 3 giorni a casa senza febbre, con certificato medico o con autocertificazione (MODELLO A)
Assenza a seguito di sintomi COVID manifestatisi a scuola (con temperatura inferiore a 37,5°)	Contatto con il PLS/MMG e rientro con certificato medico o con autocertificazione (MODELLO A)
Assenza per motivi non di salute	Giustificazione tramite MODELLO B

MODELLO A

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____
nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a
può essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza
dovuta a sintomi COVID manifestatisi a scuola poiché:

- è stato consultato il Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) che ha autorizzato il rientro a scuola;
- l'alunno/a non presenta più sintomi;
- la temperatura è stata inferiore a 37,5° negli ultimi 3 giorni.

Periodo assenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO B

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____
nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza poiché:
• non ha presentato sintomi riferibili a COVID-19;

- non ha avuto negli ultimi 3 giorni febbre oltre 37,5°;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- non è stato negli ultimi 14 giorni in zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS;
- non ha avuto contatti negli ultimi 14 giorni con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Periodo assenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Motivo assenza _____

Luogo e data _____

Firma _____

MODELLO C

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il ___/___/_____
e residente in _____,
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____
nato/a a _____ il ___/___/_____
dichiara di essere stato informato che il/la proprio/a figlio/a può
essere riammesso/a a scuola dopo il periodo di assenza dovuto a
malattia inferiore a 5 giorni poiché:

- ha riportato sintomi non riferibili a COVID-19, cioè NON febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale;

oppure

- ha riportato sintomi riferibili a COVID-19 per i quali è stato consultato il Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) che ha autorizzato il rientro a scuola.

Periodo assenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Luogo e data _____

Firma _____