

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA
(emergenza COVID)

REGIONE LAZIO: Il certificato medico scolastico è necessario dopo assenza per ***malattia superiore a 3 giorni per l'INFANZIA e superiore ai 5 giorni PRIMARIA.**

LE ASSENZE dovute a motivi diversi dalla malattia, potranno essere comunicate dalla famiglia alla scuola in anticipo; solo in questo caso, **non sarà necessario il certificato medico per la riammissione**, basterà compilare solo la prima parte di questa autodichiarazione e consegnarla all'ingresso il giorno del rientro a scuola.

***Chiarimento malattia degli alunni:**

INFANZIA - Fino a 3 giorni di assenza (compreso il 3°), si riamettono gli alunni senza certificato medico di guarigione, ma con questa autocertificazione scritta. Dal 4° giorno di assenza continuativa in poi (anche compresi sabato e domenica), per malattia, serve il certificato medico nel quale si dichiara che l'alunno/a può riprendere la frequenza scolastica;

PRIMARIA - Fino a 5 giorni di assenza (compreso il 5°), si riamettono gli alunni senza certificato medico di guarigione, ma con questa autocertificazione scritta. Dal 6° giorno di assenza continuativa in poi (anche compresi sabato e domenica), per malattia, serve il certificato medico nel quale si dichiara che l'alunno/a può riprendere la frequenza scolastica;

N.B: *Nel calcolo dei giorni di assenza non vanno considerati i giorni delle vacanze (Esempio: se l'alunno è assente il primo giorno dopo qualsiasi tipologia di vacanza, anche se era stato assente l'ultimo giorno di scuola precedente alla vacanza, non necessita il certificato)*

Alunno/a _____
Frequentante la SCUOLA: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> dell'INFANZIA Classe/Sez _____
dell'ISTITUTO Santa Paola Elisabetta CERIOLI

1) Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno sopra indicato, consapevole delle responsabilità civili, penali ed amministrative in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente:

nel/i giorni: _____

- Per: Motivi familiari
 Malattia

FIRMA _____

2) **Inoltre, SOLO IN CASO di MALATTIA riconducibile a COVID-19**, (anche solo un giorno) e cioè: *febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, brividi, tosse di recente comparsa, difficoltà respiratorie, perdita o diminuzione improvvisa dell'olfatto, perdita o alterazione del gusto, raffreddore, mal di gola, diarrea,*

DICHIARA altresì che (barrare le caselle):

- E' stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) dottor/ssa _____
- Sono state seguite le indicazioni fornite dal medico/Pediatra;
- Il bambino/a non presenta più sintomi da almeno 48 ore (diversa disposizione se stabilita dal medico);

Chiedo pertanto la ripresa della frequenza scolastica di mio/a figlio/a

Firma del genitore/tutore _____

Roma _____