



ISTITUTO COMPRENSIVO DI PRIZZI E PALAZZO ADRIANO

VIA FOSSA DELLA NEVE – 90038 PRIZZI (PA) –

TEL. 091/8345040 – FAX 091/8344494 - CODICE FISCALE: 93003370827 –

E.MAIL paic88200a@istruzione.it – PEC: paic88200a@pec.istruzione.it

sito web: www.ic-prizzi.edu.it

ISTITUTO COMPRENSIVO-PRIZZI
Prot. 0008690 del 22/09/2021
B-B19 (Uscita)

Ai tutti genitori
Ai tutti docenti
di ogni ordine e grado
dell'Istituto Comprensivo di Prizzi
Al sito Web
All'albo on line
Al DSGA

C.l. n. 21

OGGETTO: Modulistica autocertificazione rientro a scuola

A tutela della salute dell'intera Comunità scolastica, è fatto obbligo ai genitori degli alunni di ogni ordine di scuola dell' Istituto Comprensivo, di presentare, per il rientro a scuola, la nuova autocertificazione allegata alla presente circolare. Per i bambini da 0 a 6 anni tale autocertificazione va compilata in presenza del pediatra quando si superano i tre giorni di assenza, previsti dalla normativa vigente. Tali disposizioni saranno valide fino alla fine dell'emergenza da Sars Cov-2.



F/TO IL DIRIGENTE

Prof. Mancuso Pasquale

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. L.vo n. 39/93

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DA RENDERE AL GESTORE DI PUBBLICO UFFICIO (MMG/PLS) E DA ALLEGARE ALLA
CERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE PRESSO LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE**
(AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L.R. N. 13 DEL 19.07.2019)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA
nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore _____
nato a _____ (prov. _____) il _____

- che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi _____ giorni), non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID – 19, ai sensi delle Linee guida dell'ISS allegate al DPCM 07.09.2020:

febbre \geq 37.5 (o sensazione di febbre)	brividi	tosse
dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso)	anosmia (non sente gli odori)	ageusia (non sente i sapori)
inappetenza	mal di testa	sintomi gastrointestinali (mal di pancia, diarrea, vomito)
anoressia (mancanza di appetito)	astenia (ridotta forza muscolare)	stanchezza
dolori muscolari	malessere generale	faringite (mal di gola)
rinorrea o intasamento nasale	congiuntivite	_____

- che lo stesso non ha manifestato, durante l'intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra elencati.

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ Luogo e data

Il dichiarante

Al sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.

Nei caso in cui l'alunno abbia maturato la maggiore età, la presente dichiarazione potrà essere sottoscritta dallo stesso.

Dott. _____

Specialista in Pediatria/Medico di Medicina Generale

Indirizzo _____

Telefono _____

E – mail _____

Si certifica

che l'alunno _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ Città _____

(prov. _____)

- ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2 in data __/__/__ con esito negativo.
- non ha eseguito il tampone rapido SARS – CoV 2.

Sulla base della visita da me effettuata in data odierna, risulta clinicamente sano e può pertanto essere riammesso a scuola.

Si allega attestazione genitoriale (o del soggetto esercente la potestà genitoriale) relativa alla sintomatologia manifestata dal predetto alunno durante il periodo di assenza.

In fede

Luogo e data

(Timbro e firma)

Barrare la casella che interessa.