

Circolare n.18

Olgiate C., 24 settembre 2020

Agli studenti  
Alle loro famiglie  
E p.c. Ai docenti  
Al personale ATA

**Oggetto: Gestione studenti con malessere e modalità di GIUSTIFICAZIONE delle ASSENZE COVID-19**

Al fine di garantire il rispetto delle normative in materia di prevenzione e contenimento della diffusione del SARS-CoV-2, si raccomanda di seguire scrupolosamente le seguenti indicazioni, come previsto da indicazioni ATS Regione Lombardia.

**SE LO STUDENTE PRESENTA MALESSERE A SCUOLA**

- 1- Nel caso in cui uno studente ravvisi a scuola un malessere riconducibile a sintomo COVID-19 deve comunicarlo immediatamente al docente in aula o a un collaboratore scolastico, che provvederà ad accompagnarlo nel locale di isolamento predisposto dove gli verrà misurata la temperatura.
- 2- Viene avvisato il referente Covid d'Istituto che contatterà la famiglia dello studente.
- 3- Lo studente, munito di mascherina, rimarrà nel locale, sorvegliato da un collaboratore, fino all'arrivo del genitore.

*I genitori (o delegati) che riportano a casa lo studente NON UTILIZZANO MEZZI PUBBLICI e INDOSSANO MASCHERINA CHIRURGICA*

Al momento dell'ingresso nell'edificio, in applicazione delle norme vigenti, verrà rilevata la temperatura al genitore o delegato.

All'atto dell'ingresso il **GENITORE** o suo delegato dovrà altresì sottoscrivere un'**AUTODICHIARAZIONE** fornita dall'Istituto (ai sensi del D.P.R. 445/2000), in cui dichiara di essere a conoscenza di obblighi e divieti riferiti ai comportamenti per la prevenzione da Covid-19.

- 4- **Prima di lasciare l'Istituto**, il genitore (o suo delegato) è tenuto a **COMPILARE E FIRMARE** il modulo **DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO** in cui dichiara che provvederà a contattare il proprio medico/pediatra curante per verificare la situazione sanitaria.

**SE LO STUDENTE PRESENTA MALESSERE AL PROPRIO DOMICILIO**

Il genitore o lo studente, se maggiorenne, provvedono a consultare il proprio medico **E INFORMANO TEMPESTIVAMENTE LA SEGRETERIA DIDATTICA** di eventuali assenze dovute a problemi sanitari (anche se non sono riferibili a SARS-CoV-2)

**CONDIZIONI PER IL RIENTRO A SCUOLA**

Il rientro a scuola potrà avvenire mediante **GIUSTIFICAZIONE SUL LIBRETTO SCOLASTICO** insieme ad **ATTESTAZIONE MEDICA /DICHIARAZIONE**, diversa a seconda della situazione e, più precisamente, come segue:

**a) caso sospetto con tampone diagnostico NEGATIVO:**

- ATTESTAZIONE da parte del MEDICO CURANTE che lo studente può essere riammesso, poiché è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid-19

*oppure*

- ATTESTAZIONE dell'ESITO NEGATIVO del TAMPONE rilasciato da ATS

**b) caso sospetto con tampone diagnostico POSITIVO:**

- ATTESTAZIONE da parte del MEDICO CURANTE di idoneità al rientro a scuola dello studente **SOLO** dopo GUARIGIONE clinica e virologica (due tamponi negativi) da Covid-19  
*oppure*
- ATTESTAZIONE di "FINE ISOLAMENTO OBBLIGATORIO" che riporta negatività dei due tamponi, rilasciato da ATS

**c) caso NON riconducibile a patologia COVID:**

- DICHIARAZIONE della famiglia o dello studente maggiorenne attestante la guarigione da patologie diverse da Covid-19.

La documentazione sopra indicata dovrà essere **CONSEGNATA in SEGRETERIA STUDENTI PRIMA DI FARE INGRESSO IN CLASSE** la mattina del giorno in cui lo studente rientra a scuola.

Le **ASSENZE per MOTIVI NON SANITARI** dovranno essere giustificate, come al solito, **MEDIANTE COMPILAZIONE DEL SOLO LIBRETTO SCOLASTICO** nelle pagine apposite.

Si pregano tutte le famiglie e gli studenti di porre la massima attenzione al rispetto scrupoloso di queste indicazioni. **Qualora le indicazioni non venissero seguite, lo studente NON SARA' RIAMMESSO IN CLASSE.**

Si chiede alle famiglie, come indicato da ATS, di collaborare al monitoraggio per il contenimento del virus **INFORMANDO LA SEGRETERIA DIDATTICA** di eventuali assenze dovute a problemi sanitari.

**Il Dirigente Scolastico**

Dott.ssa Francesca De Rose

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

In allegato:

- Modello DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO che verrà fornito dalla scuola;
- Modello di ATTESTAZIONE per il rientro di **caso sospetto con tampone diagnostico NEGATIVO**;
- Modello di ATTESTAZIONE per il rientro di **caso sospetto con tampone diagnostico POSITIVO**;
- Modello di DICHIARAZIONE per il rientro di **caso NON riconducibile a patologia COVID**;
- Modello di **delega a terzi per ritiro** studente.

## DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

### SI DICHIARA CHE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

lavoratore/studente c/o Isis TERRAGNI di Olgiate Comasco (classe \_\_\_\_\_)

### PRESENTA

febbre > di 37,5°C e/o sintomi suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2 come nel DPCM del 07/09/2020.

In applicazione del decreto n. 87 del 06.08.2020 del Ministero dell'Istruzione "Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19", del DPCM del 07/09/2020,

### VIENE DISPOSTO L'ALLONTANAMENTO CAUTELATIVO DALLA FREQUENZA DELLA COLLETTIVITÀ.

Il lavoratore o chi esercita la potestà genitoriale (o suo delegato) sullo studente **si impegna** a recarsi al proprio domicilio e a contattare tempestivamente il proprio medico curante.

**Il rientro a scuola** potrà avvenire solo a seguito di presentazione in segreteria di idonea documentazione<sup>1</sup>.

Data.....

Il Dirigente Scolastico o suo delegato

.....

Per accettazione:

Il Lavoratore/ Genitore o suo delegato

.....

<sup>1</sup> caso sospetto con tampone diagnostico NEGATIVO:

ATTESTAZIONE da parte del MEDICO CURANTE che lo studente può essere riammesso, poiché è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid\_19

oppure ATTESTAZIONE dell'ESITO NEGATIVO del TAMPONE rilasciato da ATS

caso sospetto con tampone diagnostico POSITIVO:

ATTESTAZIONE da parte del MEDICO CURANTE di idoneità al rientro a scuola dello studente **SOLO** dopo GUARIGIONE clinica e virologica (due tamponi negativi) da Covid\_19

oppure ATTESTAZIONE di "FINE ISOLAMENTO OBBLIGATORIO" che riporta negatività dei due tamponi, rilasciato da ATS

caso NON riconducibile a patologia COVID

DICHIARAZIONE del lavoratore, della famiglia o dello studente maggiorenne attestante la guarigione da patologie diverse da Covid-19

ATTESTAZIONE per il RIENTRO A SCUOLA di caso sospetto con tampone diagnostico NEGATIVO

**CERTIFICATO DI AVVENUTA GUARIGIONE DI PAZIENTE NON RISULTATO AFFETTO DA COVID 19**

Considerato che il signor/la signora .....

nato/a a ..... il..... e residente a..... in

Via/piazza .....n.....

Codice Fiscale.....

**NON** è risultato **affetto da COVID-19** in base ad elementi clinici e laboratoristici,

Preso atto che risulta negativo AL TEST TAMPONE per la ricerca di SARSCov-2” eseguito il

.....

Il sottoscritto, in virtù di quanto sopra, **certifica che è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid-19** che ha dato **esito NEGATIVO**.

*Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi di legge*

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico

# DICHIARAZIONE per il RIENTRO A SCUOLA di caso sospetto con tampone diagnostico POSITIVO

<b>CERTIFICATO DI AVVENUTA GUARIGIONE DI PAZIENTE RISULTATO AFFETTO DA COVID 19</b>
---

Considerato che il signor/la signora .....

nato/a a ..... il..... e residente a..... in

Via/piazza .....n.....

Codice Fiscale.....

è risultato **affetto da COVID-19** in base ad elementi clinici e laboratoristici,

Preso atto che, in base a quanto scritto nel documento Ministeriale (C. MdS. 6607- 29.02.2020) si definisce “paziente guarito” da COVID-19 “colui il quale risolve i sintomi dell’infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall’altro per la ricerca di SARSCov-2”,

Valutate le condizioni cliniche del paziente che risulta ad oggi completamente asintomatico e la negatività dei due test per la ricerca di SARS-Cov-2 eseguiti il:

Data Test numero 1 .....

Data Test numero 2.....

Il sottoscritto, in virtù di quanto sopra, **certifica l’avvenuta guarigione da Covid-19**

*Si rilascia su richiesta dell’interessato per gli usi di legge*

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico

## DELEGA A TERZI PER IL RITIRO DA SCUOLA DEL MINORE<sup>2</sup>

Alla Dirigente dell'Istituto Superiore G. Terragni - Olgiate Comasco

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

genitore /tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ con la presente - da valersi ad ogni effetto di legge -, nella sua qualità di esercente la potestà genitoriale, dichiara di voler delegare alla/e persona/e sotto indicata/e l'eventuale ritiro del/la proprio/a figlio/a all'uscita da scuola, assumendosi ogni responsabilità conseguente a tale delega ed esonerandone la Scuola,

DELEGA

quale/i persona/e di propria fiducia per il ritiro da scuola del/la proprio/a figlio/a il/la Sig./Sig.ra :

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

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

e si IMPEGNA altresì

a sottoporre il proprio figlio a visita medico/pediatrica di controllo al fine di verificare eventuale situazione di positività a Virus Sars Cov 2 e, in conseguenza attivare specifica procedura come prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla normativa in vigore.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

\_\_\_\_\_  
NOTA: Le firme sono rese ai sensi della Legge 127 del 15.5.97

**Allega:** 1. fotocopia del proprio documento di identità

2. fotocopia del documento di identità del/i delegato/i

<sup>2</sup> N.B.: Si fa presente che, ai sensi delle leggi vigenti, al ritiro non può essere delegata persona minore di anni 18.

**La presente delega ha validità solo se integrata dalla fotocopia del documento di identità del delegante.**

**Sarà possibile il ritiro dell'alunno/a solo se la persona delegata presenta in visione un documento d'identità valido.**

## DICHIARAZIONE per il RIENTRO A SCUOLA di caso NON riconducibile a patologia COVID

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

*(non compilare le due righe seguenti se la dichiarazione è effettuata da studente maggiorenne)*

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 collettività,**

### DICHIARA

[ ] che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché, a seguito di consulto con il proprio medico curante, **E' GUARITO.**

[ ] *(in caso di studente maggiorenne)* che il sottoscritto può essere riammesso a scuola poiché, a seguito di consulto con il proprio medico curante, **E' GUARITO.**

Luogo e data

Il genitore

(o titolare della responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_

Lo studente (se maggiorenne) \_\_\_\_\_