

## Oggetto: ASSENZE SCOLASTICHE

Con riferimento all'oggetto, si ritiene utile in questo particolare momento riepilogare quanto disposto dalla circolare della Regione Lazio n. 789903 del 14/09/2020 (già inviata tramite mail a tutte le famiglie e al personale docente il 17/09/2020) nonché dalla più recente circolare dell'USR Lazio e Regione Lazio n. 29328 del 06/10/2020.

Riassumo di seguito le indicazioni operative in caso di assenza scolastica:

### ASSENZE PER MALATTIA

- Scuola dell'Infanzia  
Dopo assenza per malattia superiore a 3 giorni, la riammissione è consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità al reinserimento nella comunità educativa/scolastica.
- Scuola Primaria/Secondaria di 1° grado  
Dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni, la riammissione è consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità al reinserimento nella comunità educativa/scolastica.
- Tutti gli ordini di scuola  
Citando testualmente la circolare n. 29328 del 06/10/2020:  
*"in caso di rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non sospettati per Covid-19, nei limiti di giorni previsti ( $\leq 3$  giorni e  $\leq 5$  giorni) la scuola può richiedere al genitore una autodichiarazione attestante che il figlio/a è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale e che sono state seguite le indicazioni ricevute".*

In allegato alla suddetta circolare, c'è un facsimile di autodichiarazione (vedere la seconda e la terza pagina di questa comunicazione) che Vi chiediamo di utilizzare qualora l'assenza dovuta a malattia sia rispettivamente  $\leq$  a 3 giorni per la Scuola dell'Infanzia (All. 3a) e  $\leq$  a 5 giorni per la Scuola Primaria e Secondaria (All. 3b).

### ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA

La certificazione medica NON deve essere prodotta per altre tipologie di assenze (viaggi, motivi di famiglia e personali, ecc.) ma, per le assenze superiori a 3 giorni per la Scuola dell'Infanzia e a 5 giorni per la Scuola Primaria e Secondaria, la famiglia dovrà darne comunicazione alla scuola con congruo anticipo, inviando una mail all'indirizzo [segreteriadidattica@scuolasacrocuoreonline.com](mailto:segreteriadidattica@scuolasacrocuoreonline.com). Sarà cura della segreteria inoltrare l'avviso alla Coordinatrice delle Attività Educative e Didattiche e/o ai docenti.

Auspucando di aver fatto chiarezza sull'argomento, e restando a disposizione per qualsiasi necessità o chiarimento, porgo cordiali saluti.

La Coordinatrice delle Attività Educative e Didattiche

(Prof.ssa Clara Biella)

*Clara Biella*

Roma, 08/10/2020



## SCUOLA DELL'INFANZIA

**Allegato 3 - FAC SIMILE per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 giorni**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore del minore:**

\_\_\_\_\_, *studente di questo istituto*

## DICHIRO

Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino

Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
 previo

consulto telefonico

visita medica

ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica

Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);***

***Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati*** nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il ***trattamento dei dati particolari*** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_ (firma leggibile)

## SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

**Allegato 3 - FAC SIMILE per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 5 giorni**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/tutore del minore:

\_\_\_\_\_, *studente di questo istituto*

## DICHIRO

- Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino
- Che il pediatra/medico di medicina generale dr/dr.ssa \_\_\_\_\_  
 previo
- consulto telefonico
  - visita medica
- ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi riferibili a COVID - 19

***Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);***

***Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati*** nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Il ***trattamento dei dati particolari*** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale. I suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture a ciò deputate e non ceduti in nessun modo a terzi se non nei casi in cui questo sia previsto da disposizioni normative in materia emergenziale (es. art. 17 bis (Decreto-legge 18/20 come convertito dalla legge n. 27, 24 aprile 2020).

Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_ (firma leggibile)