



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PIAZZA MARCONI" - VETRALLA

Piazza G. Marconi, 37 - 01019 Vetralla (VT) ☎ 0761.477012 - 0761.460100 ✉ vtic83600r@istruzione.it C.F. 80014910568

✉ vtic83600r@pec.istruzione.it Sito web: www.icpiazamarconi.edu.it Codice univoco ufficio: UFXI4A



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "PIAZZA MARCONI"-VETRALLA

Prot. 0003357 del 05/10/2020

E-3 (Uscita)

*Ai genitori degli alunni delle scuole dell'infanzia,
primarie e secondaria di 1° grado dell'Istituto*

ScuolaNext

*Agli ins.ti delle scuole dell'infanzia, primarie e se-
condaria di 1° grado dell'Istituto*

ScuolaNext

All'Albo on line

Al sito web

OGGETTO: Comunicazione preventiva assenza per motivi diversi da malattia.

Come stabilito dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con nota prot. n. 789903, del 14 settembre 2020, già trasmessa da questo Ufficio con nota prot. n. 2967, del 16 settembre 2020, le assenze per malattia superiori a tre giorni – nella scuola dell'infanzia – e superiori a cinque giorni – nella scuola primaria e secondaria di 1° grado – debbono essere giustificate con certificazione medica.

Le assenze, di uno o più giorni, dovute – invece – a motivi diversi dalla malattia potranno essere giustificate soltanto se comunicate preventivamente alla scuola. A tal fine si allega il modello di autocertificazione, predisposto dal Dipartimento di Prevenzione della Asl di Viterbo, da utilizzare in caso di assenze dell'alunno per motivi diversi da malattia.

In ragione del principio di massima precauzione e col solo fine di tutelare la salute di tutta la comunità scolastica si confida nella puntuale collaborazione di tutti.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. Roberto Santoni)

Allegati

1. Autocertificazione preventiva in caso di assenze per motivi diversi da malattia.

AUTOCERTIFICAZIONE IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA

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*

DICHIARO CHE

Il minore sarà assente dal _____ al _____, per motivi diversi da malattia.

Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti, soggiognerà o transiterà in zone considerate a rischio (DPCM 7 settembre 2020, All.C)

→ Croazia, Francia (limitatamente alle Regioni Alvernia-Rodano-Alpi, Corsica, Hauts-de-France, Île-de-France, Nuova Aquitania, Occitania, Provenza-Alpi-Costa azzurra), Grecia, Malta o Spagna». (obbligatorio test molecolare o antigenico all'ingresso)

→ Romania, Bulgaria, Australia, Canada, Georgia, Giappone, Nuova Zelanda, Ruanda, Repubblica di Corea, Thailandia, Tunisia, Uruguay al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria

→ Kosovo, Montenegro, Serbia, Armenia, Bahrein, Bangladesh, Bosnia Erzegovina, Brasile, Cile, Kuwait, Macedonia del Nord, Moldova, Oman, Panama, Perù, Colombia e Repubblica Dominicana, divieto di ingresso, con l'eccezione dei cittadini UE e loro familiari che abbiano la residenza anagrafica in Italia da prima del 9 luglio 2020. Al rientro è necessario auto-segnalarsi alle autorità competenti e sottoporsi ad isolamento fiduciario e sorveglianza sanitaria

→ Resto del mondo gli spostamenti sono consentiti solo in presenza di precise motivazioni, all'ingresso/rientro, è necessario compilare un'autodichiarazione nella quale si deve indicare la motivazione

Il minore non ha presentato, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti ha presentato sintomi quali

Febbre

Tosse e/o espettorato

Stanchezza e/o crampi muscolari

Difficoltà a respirare

Difficoltà a percepire sapori e odori

Mal di testa

Congiuntivite e/o congestione nasale

Vomito e/o diarrea

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 _____