



## 2° Circolo Didattico "Giancarlo Siani"



Via Tagliamonte, 13 – 80058 Torre Annunziata (NA) - TEL/FAX 081 8611360  
C.F. 82008530634 C.M. NAEE189007 Codice Univoco UFV7AU

Prot. 0000547/V.7

Torre Annunziata, 14/10/2020

**AI GENITORI  
AI DOCENTI  
A TUTTO IL PERSONALE  
AL DSGA**

**OGGETTO: ASSENZE alunni/e - Indicazioni per la riammissione alla frequenza delle lezioni.**

Al fine di agevolare le procedure per la giustificazione delle assenze degli alunni/e per il corrente anno scolastico, si riferiscono alcune indicazioni per la riammissione alla frequenza delle lezioni.

In linea con le Indicazioni del DM n. 80 del 3/08/2020, del Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 e della normativa nazionale e regionale vigente (DPR n. 1518 del 22 dicembre 1967, art 42; DPCM 7/9/2020, documento di programmazione sanitaria della Regione Campania "Rientro a scuola in sicurezza" del 28/9/2020; integrazione allo stesso trasmessa dal Direttore USR Campania il 5 ottobre 2020 vanno distinti le diverse tipologie di assenze.

1. La riammissione a scuola dopo assenza scolastica di più di 3 giorni (dal quarto giorno) per gli alunni della scuola dell'Infanzia e dopo assenza per più di 5 giorni (dal sesto giorno) per gli altri ordini di scuola: **sarà consentita solo presentando il certificato redatto dal Pediatra di Libera scelta o medico di medicina generale**
2. Nel caso di alunni con **sospetta sintomatologia a scuola da virus SARS-COV-2**, il Pediatra o Medico di medicina generale produce la certificazione necessaria per il rientro a scuola.
3. Nel caso di **Assenza per isolamento domiciliare fiduciario**: la riammissione a scuola è subordinata all'invio per e-mail all'indirizzo [naee189007@istruzione.it](mailto:naee189007@istruzione.it) almeno il giorno precedente, della documentazione dalla quale risulti che sono state seguite tutte le procedure disposte dall'Autorità sanitaria competente per l'uscita dall'isolamento.
4. **Assenza per positività al SARS-CoV-2**: almeno il giorno prima di quello del rientro a scuola, dovrà essere prodotto il certificato medico di "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste dall'Autorità sanitaria e rilasciato dal dipartimento di Prevenzione Territoriale di competenza;
5. Per assenze per malattia inferiori a 4 giorni per la scuola dell'Infanzia e 6 giorni per gli altri ordini NON riconducibili a sintomi da virus SARS-COV-2 sarà sufficiente un'autodichiarazione dei genitori/tutore (art.47 DPR 445/2000); All.1
6. Per le assenze anche superiori a 5 giorni, dovute a motivi diversi dalla malattia, **preventivamente comunicate dalla famiglia alla scuola**, non è richiesto certificato medico per la riammissione, ma sarà sufficiente un'autodichiarazione dei genitori/tutore (art.47 DPR 445/2000); All.2

Nei casi sopraindicati l'alunno che si presenta o privo di certificato o di autocertificazione non potrà essere ammesso alla frequenza.

**Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Lucia Massimo**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3. c.2, D. Lgs. N. 39/1993 – ai sensi art.6 c.2 L.412/1991 non seguirà trasmissione originale con firma autografa)

**AII. 1**

**Al Dirigente Scolastico del  
2° Circolo Didattico "G.Siani"  
Torre Annunziata**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA  
IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON CORRELATE AL COVID**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 DPR n. 445/2000), **di aver sentito il Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale**  
Dott. \_\_\_\_\_

il quale **non** ha ritenuto necessario sottoporre il/la proprio/a figlio/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa vigente,

**CHIEDE**

pertanto che lo/la stesso/a venga riammeso/a a scuola.

Data \_\_\_\_\_

\*Il genitore/titolare della responsabilità, genitoriale

\_\_\_\_\_

\*In caso di separazione, è necessaria la firma di entrambi i genitori

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO A SCUOLA  
IN CASO DI ASSENZA PER MOTIVI DI FAMIGLIA**

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

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

residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di \_\_\_\_\_

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 DPR n. 445/2000), che:

l'assenza del/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI.**

**CHIEDE**

pertanto che lo/la stesso/a venga riammeso/a a scuola.

Lì \_\_\_\_\_

\*Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*In caso di separazione, e' necessaria la firma di entrambi i genitori