

VADEMECUM PER LA GIUSTIFICAZIONE DELLE ASSENZE A.S. 2020/21

Ordine di scuola	Situazione	Certificazione medica	Autocertificazione	Giustificazione
Infanzia	Assenze per motivi di salute fino a 3 giorni (diverse da sospetto Covid-19)	NO	SI Compilare Autocertificazione Allegato 1	SI
	Assenze per motivi di salute oltre 3 giorni (diverse da sospetto Covid-19)	SI	NO	SI
Primaria e Secondaria	Assenze per motivi di salute fino a 5 giorni (diverse da sospetto Covid-19)	NO	SI Compilare Autocertificazione Allegato 1	SI
	Assenze per motivi di salute oltre 5 giorni (diverse da sospetto Covid-19)	SI	NO	SI
Infanzia Primaria e Secondaria	Assenze per motivi di accertato Covid-19 (indipendentemente dalla durata)	SI (attestazione di avvenuta negativizzazione secondo il protocollo specifico, rilasciato dal medico)	NO	SI
	Assenze per motivi di isolamento preventivo per	SI (attestazione che l'alunno può	NO	SI

	contatto con casi di Covid-19 (indipendentemente dalla durata)	rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid-19)		
--	---	--	--	--

Per le assenze diverse dai motivi di salute, superiori a tre per la scuola dell'infanzia e a cinque giorni per la scuola primaria e secondaria, non è necessario presentare il certificato medico SOLO nel caso in cui la scuola sia stata avvisata preventivamente del periodo di assenza; in caso contrario è obbligatorio presentare il certificato di riammissione del medico curante.

Allegato 1 – Autocertificazione in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 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*

DICHIARO

- 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 medicaha 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)