



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di VALMOREA

Via Roma, 636 – 22070 VALMOREA (CO)

tel. 031806290 C.F. 80012680130 e-mail: COIC82600Q@istruzione.it PEC: COIC82600Q@pec.istruzione.it
sito web: www.icvalmorea.edu.it

Scuola Primaria ALBIOLO	Scuola Primaria D. Alighieri BINAGO	Scuola Primaria E. Bernasconi SOLBIATE con CAGNO	Scuola Primaria Don Gnocchi SOLBIATE con CAGNO
Scuola Primaria RODERO	Scuola Primaria B. Munari VALMOREA	Scuola Secondaria 1° F.lli Cervi BINAGO	Scuola Secondaria 1° G. da Milano VALMOREA

Valmorea, 12 Ottobre 2020

- Ai GENITORI
- Ai DOCENTI
- AI PERSONALE ATA
- Alla DSGA
dell'IC Valmorea

CIRCOLARE N.22 a.s. 2020/2021

Oggetto: assenze degli studenti – chiarimenti e nuove disposizioni

Facendo riferimento alle procedure condivise da ATS Insubria, in merito ad assenze e giustificazioni, si forniscono le seguenti precisazioni:

- Le assenze per motivi familiari andranno regolarmente giustificate sul diario;
- Le assenze per malattia andranno giustificate mediante la compilazione dell'autodichiarazione del genitore allegata alla presente e scaricabile dal sito (vd. istruzioni)
- Le assenze per COVID andranno giustificate con l'attestazione di rientro in comunità rilasciata dal medico e di certificazione di tampone negativo
- Le assenze, a seguito di allontanamento scolastico per sintomi da COVID, andranno giustificate con attestazione del medico per il rientro a scuola o in alternativa, se il medico non la giudicasse necessaria, l'autodichiarazione del genitore allegata alla presente e scaricabile dal sito (vd. Istruzioni)

Istruzioni per scaricare autocertificazione:

Il modello, oltre ad essere allegato alla presente circolare, è reperibile sul sito dell'Istituto nella sezione *Genitori*
→ *Comunicato Genitori* → *AUTODICHIARAZIONI ASSENZE DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE* al link:

<https://www.icvalmorea.edu.it/genitori/comunicato-genitori/390-autodichiarazione-assenza-da-scuola-per-motivi-di-salute>

Si comunica inoltre che, per la provincia di Como, è attivo un punto tampone dedicato esclusivamente agli studenti e al personale della scuola presso l'ospedale S. Anna (ospedale "vecchio") in Via Napoleona, accesso da Via Colonna, a Como.

L'accesso è diretto, senza prenotazione, dal lunedì al sabato dalle ore 9:00 alle ore 13:00, previa compilazione dell'autodichiarazione prevista da Regione Lombardia e consegnata al genitore all'atto del ritiro del figlio da scuola, quando lo studente viene allontanato per una sintomatologia riconducibile a COVID.

In alternativa è possibile scaricare la richiesta on line, tramite il link sottostante:

<https://www.ats-insubria.it/news/6154-punti-tampone-accessibili-all-utenza-per-attivita-di-testing-in-ambito-scolastico-e-servizi-educativi-dell-infanzia-attivi-presso-le-asst-del-territorio-di-ats-insubria>

o attraverso il QR-code:



Si precisa infine che, in caso di allontanamento da scuola per sintomi riconducibili a COVID, i genitori devono consultare il proprio medico o pediatra, oppure recarsi direttamente al punto tampone di Via Napoleona, a Como, secondo le istruzioni fornite.

Si confida nella più ampia collaborazione da parte di tutti.

II DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Massimiliano Branchini

*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3
del D. Lgs. n. 39/1993*

AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____, e residente in
_____ via/piazza _____ n. _____

In qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso
della Scuola Primaria/Secondaria di _____

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/a può essere riammesso alla frequenza scolastica poiché nel periodo di assenza dalla stessa

È STATO CONTATTATO IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE E SONO STATE SEGUITE LE INDICAZIONI RICEVUTE

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____