



MINISTERO DELLA ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA

Istituto Comprensivo Statale "Politeama"

Piazza Castelnuovo, 40 – 90141 Palermo- Tel. 091-331037 – Fax 091-304720 - C.F. 97163050822

[www.icspoliteama.it](http://www.icspoliteama.it)

e-mail: [pa0009@istruzione.it](mailto:pa0009@istruzione.it)

[paic890009@pec.istruzione.it](mailto:paic890009@pec.istruzione.it)

---

Prot. N°9993

Palermo, 14.11.2020

Ai genitori  
Ai docenti  
Al personale ATA  
Al personale comunale  
Aree riservate del sito istituzionale della scuola  
Al DSGA per quanto di competenza

## COMUNICAZIONE n° 129

**Oggetto: Emergenza sanitaria da Covid-19 (D.A. Regione Sicilia, n° 1019 del 13 novembre). Procedure per la riammissione a scuola degli alunni in caso di assenze superiori a quelle previste dall'art. 3, L.R. n° 13/19 INFORMAZIONE.**

Si sintetizza di seguito il decreto assessoriale n° 1019 del 13.11.2020 che fornisce ulteriori chiarimenti in merito alle procedure per la riammissione degli alunni in caso di assenze superiori a quelle previste dalla Legge regionale n° 13 del 2019.

Il decreto, dopo aver fatte salve le circostanze che prevedono obbligatorietà del tampone per soggetti in isolamento domiciliare fiduciario o perché positivi al Covid-19 (circ. esplicativa N. 33108 del 24 settembre 2020), precisa che:

- La riammissione a scuola degli alunni **in caso di sospetto Covid-19** è subordinata all'**attestazione** di riammissione sicura in collettività da parte del **PLS/MMG**, da rilasciarsi una volta acquisita l'informazione della negatività del tampone.
- Per le assenze individuali **per altre cause sanitarie**, anche con **1 o più sintomi riconducibili al Covid-19**, **devono essere giustificate con certificato del PLS/MMG**, se superiori ai **3 gg.** per gli alunni 0-6 anni, e se superiori di **10 gg.** per gli alunni di età superiore. Ai fini del relativo conteggio sono escluse le giornate festive, salvo che l'assenza non prosegua nel primo giorno utile di lezione. La certificazione in questo caso è redatta sulla base della complessiva valutazione clinica, dell'attestazione dell'andamento sintomatologico da parte dei genitori, o dell'esercente la genitorialità, ed eventualmente ove ritenuto necessario, sulla base dei predetti criteri, a seguito dell'esecuzione del tampone rapido su card da prelievo rino-

faringeo. Il test è eseguito direttamente e gratuitamente dal PLS/MMG, così come previsto dagli ultimi accordi tra enti preposti il 30 ottobre u.s

Ai fini dell'autocertificazione è stata predisposta apposita modulistica allegata alla presente.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dott.ssa Aurora Fumo**

Firma omessa ai sensi del D.lgs n.39/1993, art.3,c.2

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**DA RENDERE AL GESTORE DI PUBBLICO UFFICIO (MMG/PLS) E DA ALLEGARE ALLA  
CERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE PRESSO LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE**  
(AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA L.R. N. 13 DEL 19.07.2019)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**  
**nella qualità di esercente la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_**  
**nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_**

- che lo stesso, in atto (ovvero negli ultimi \_\_\_\_\_ giorni), non manifesta/non ha manifestato alcuno dei seguenti sintomi riconducibili a COVID – 19, ai sensi delle Linee guida dell'ISS allegate al DPCM 07.09.2020:

febbre $\geq$ 37.5 (o sensazione di febbre)	brividi	tosse
dispnea (difficoltà a respirare, respiro corto o affannoso)	anosmia (non sente gli odori)	ageusia (non sente i sapori)
inappetenza	mal di testa	sintomi gastrointestinali (mal di pancia, diarrea, vomito)
anoressia (mancanza di appetito)	astenia (ridotta forza muscolare)	stanchezza
dolori muscolari	malessere generale	faringite (mal di gola)
rinorrea o intasamento nasale	congiuntivite	_____

- che lo stesso non ha manifestato, durante l'intero periodo di assenza, sintomi rientranti tra quelli sopra elencati.

Il sottoscritto, infine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del MMG/PLS.

Nel caso in cui l'alunno abbia maturato la maggiore età, la presente dichiarazione potrà essere sottoscritta dallo stesso.