



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Alcide De Gasperi"**  
 Via Matteo Bandello, 30 – 00137 Roma –  
 Tel. 06.87137117 – Fax 06.87131100 e-mail:rmic8ej00r@istruzione.it  
 cod. mecc. RMIC8EJ00R – C. F. 97712630587

**Circolare N. 12**

**AI GENITORI  
 AI DOCENTI  
 AL PERSONALE ATA**

Oggetto: Covid19 - email dedicata

Considerando la necessità di comunicare immediatamente contatti stretti avuti con soggetti COVID e casi di accertata positività, chiedo di utilizzare a questo fine la casella email della quale di seguito si forniscono gli estremi:

[sicurezzaacovid@icalcidedegasperi.edu.it](mailto:sicurezzaacovid@icalcidedegasperi.edu.it)

e di inoltrare la comunicazione in copia anche a

[rmic8ej00r@istruzione.it](mailto:rmic8ej00r@istruzione.it)

Ricordo, inoltre, che le alunne e gli alunni devono essere trattenuti a casa qualora si trovassero in situazioni di malessere fisico, i cui sintomi vengono qui di seguito elencati:

- Temperatura corporea superiore ai 37,5°
- Tosse
- Cefalea
- Sintomi gastro-intestinali (nausea, vomito, diarrea)
- Faringodinia
- Dispnea
- Mialgie
- Rinorrea/congestione nasale

In caso di accertata positività e/o contatto stretto con soggetto Covid, occorrerà comunicare alle mail sopra indicate inviando il modulo specifico ( all.1).

In caso di assenze superiori ai 5 gg. nella scuola primaria e secondaria e 3 gg. nella scuola dell'infanzia è necessario il certificato medico che attesti l'assenza di patologia. Diversamente, per giorni di assenza inferiori, si chiede ai genitori/tutori di compilare

l'autocertificazione (all.2) qui in allegato che andrà inviata agli indirizzi email qui sopra segnalati.

In caso di necessaria chiusura temporanea di una o più classi, circostanza non auspicabile ma nel lungo periodo ineludibile, saremo sicuramente in grado di assicurare, grazie alla Didattica Integrata, l'istruzione e la formazione delle nostre alunne e dei nostri alunni.

Roma, 15 settembre 2021

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Claudia Regazzini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, comma 2 D.L. 39/93

All.1 assenza studenti per motivi riconducibili al Covid

MODULO 1 - Studenti

AI Dirigente Scolastico  
Ai Referenti Covid

Io sottoscritto.....  
genitore di .....  
nato a ..... il ..... appartenente alla classe.....

COMUNICA CHE

l'assenza della proprio/a figlio/a per il periodo da \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ è

causata da motivi di salute, in particolare

- Aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5°C o un sintomo compatibile con COVID-19 (insorgenza dei primi sintomi il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)
- Poiché caso confermato di COVID-19
- Quarantena disposta dalle autorità sanitarie

Dichiara inoltre che il test diagnostico (tampone) per sospetto COVID-19

- non è stato prescritto
- è stato prescritto, ma non ancora effettuato
- è stato effettuato in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, ma l'esito non è stato ancora comunicato
- è stato effettuato in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, con esito \_\_\_\_\_

l'ultimo giorno in cui ha frequentato i locali scolastici è stato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

A tal proposito comunica i seguenti dati che saranno trasmessi alla ASL di competenza Numero di telefono del genitore/tutore .....

**Riferimenti Pediatra di libera scelta / Medico di base**

Cognome .....

Nome.....

Numero di telefono .....

Data

Firma

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## All 2: modulo di autocertificazione

**FAC SIMILE per autocertificazioni 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)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti: ☎ \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore/tutore del minore:**

 \_\_\_\_\_, *alunno/a di questo istituto*

 Nella classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ *Infanzia/Primaria/Secondaria*
**DICHIARA**

- 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 medica
- ha 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/a 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).

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Il dichiarante** \_\_\_\_\_ (firma leggibile)

