

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.08.2021

AUTOCERTIFICAZIONE PER RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IEFP)

IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA (indipendentemente dalla durata dell'assenza)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di: _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____
oppure

in quanto operatore scolastico

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 D.P.R. n. 445/2000) che:

L'assenza dal _____ al _____
E' DOVUTA A MOTIVI FAMILIARI, e chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia

Data _____

Il genitore/titolare della responsabilità
genitoriale/operatore scolastico

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

Attestazione medica per assenza superiore ai tre giorni di bambini non sottoposti a percorso diagnostico-terapeutico per COVID-19 che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni)

Si attesta che Cognome _____ Nome _____
assente dal _____ al _____,

non presenta segni e/o sintomi di malattia infettiva o diffusa e può essere riammesso alla frequenza del servizio educativo/scuola dell'infanzia.

Data

Firma del Medico

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO NELL'AMBITO DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA, NELLE SCUOLE DI OGNI ORDINE GRADO E NEI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALI (IeFP)¹

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

oppure

in quanto operatore scolastico
ASSENTE dal _____ al _____,

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 D.P.R. n. 445/2000):

di aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____
il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;
chiede pertanto la riammissione presso la scuola/il servizio educativo dell'infanzia.

Data _____
Il genitore/titolare della responsabilità
genitoriale/operatore scolastico

¹ Si precisa che la presente autocertificazione è valida sia nei casi di assenza inferiore o uguale a 3 giorni per patologie non COVID-correlate in bambini che frequentano servizi educativi e scuole per infanzia (0-6 anni); sia per tutte le altre scuole per assenze di qualsiasi durata relative a patologie non-Covid correlate.

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

Attestazione medica per il rientro nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IeFP) dopo assenza per malattia, sospetta per Covid-19

Si attesta che l'alunno **Cognome** _____ **Nome** _____
assente dal _____ al _____,

è stato sottoposto ad accertamento diagnostico secondo il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 disposto dalla normativa nazionale e regionale.

Può essere riammesso alla frequenza scolastica, in quanto clinicamente guarito.

Data

Firma del Medico

Autocertificazione per il rientro dell'operatore scolastico nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IeFP)

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI OPERATORE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____

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 D.P.R. n. 445/2000):

- di aver rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale **NON** ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);
- di non essere stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare *ovvero*
- di essere stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma di aver rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi¹;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;

di aver sentito il Medico di Medicina Generale Dott. _____ al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

¹ Il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi si intende terminato dopo 10 gg. dalla guarigione del convivente positivo (dopo 7 giorni se il contatto ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni) e venga eseguito un tampone (antigenico o molecolare) con esito negativo **oppure**, in assenza di esecuzione di tampone, dopo 14 giorni dalla guarigione del caso convivente;

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

CHIEDE LA RIAMMISSIONE PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA

Data _____

L'operatore scolastico

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2024

Autocertificazione per il rientro dell'alunno scolastico nell'ambito dei servizi educativi dell'infanzia, nelle scuole di ogni ordine grado e nei percorsi di istruzione e formazione professionali (IEFP)

IN CASO DI ASSENZA PER QUARANTENA DI ALUNNO

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 _____
residente in _____ C.F. _____
ASSENTE dal _____ al _____,

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 D.P.R. n. 445/2000):

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che l'alunno ha rispettato e concluso il periodo di quarantena previsto dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, durante il quale NON ha manifestato sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (febbre > 37,5° OPPURE sintomi respiratori OPPURE sintomi gastroenterici);
- che l'alunno non è stato in contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare;

ovvero

- che è stato a contatto con soggetti risultati positivi al Covid-19 all'interno del gruppo familiare ma ha rispettato il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi¹ _____

¹Il periodo di quarantena previsto per i contatti conviventi con soggetti positivi si intende terminato dopo 10 gg. dalla guarigione del convivente positivo (dopo 7 giorni se il contatto ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni) e venga eseguito un tampone (antigenico o molecolare) con esito negativo **oppure**, in assenza di esecuzione di tampone, dopo 14 giorni dalla guarigione del caso convivente;



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria



ASL1



ASL2



ASL3



ASL4



ASL5

Dopo aver sentito il Pediatra di Famiglia / Medico di Medicina Generale Dott. _____
al quale sono state riferite le procedure di quarantena seguite,

CHIEDE LA RIAMMISSIONE DELL'ALUNNO PRESSO LA SCUOLA/IL SERVIZIO EDUCATIVO DELL'INFANZIA.

Data _____

Il genitore/titolare della
responsabilità genitoriale

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

*Autocertificazione del genitore/titolare della responsabilità genitoriale di alunno
convivente di persona con patologia grave o autoimmune*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ C.F. _____

**DICHIARA IN QUALITÀ DI GENITORE/ TITOLARE DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE
DELL'ALUNNO**

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 D.P.R. n. 445/2000 che:

- ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVE UNA PERSONA **AFFETTA DA PATOLOGIA COME DA ALLEGATA ATTESTAZIONE MEDICA** in quanto _____ (genitore, fratello, sorella, etc.) dell'alunno/studente _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ C.F. _____
- PERTANTO RICHIEDE CHE L'ALUNNO/STUDENTE _____
POSSA BENEFICIARE DI FORME DI DIDATTICA DIGITALE INTEGRATA**

Data _____



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria



ASL1



ASL2



ASL3



ASL4



ASL5

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336

del 13.09.2021

Il genitore/ titolare della responsabilità
genitoriale

*Attestazione medica di patologie gravi o autoimmuni per familiari di alunni e studenti
ai fini della richiesta di forme di didattica digitale integrata*

Su richiesta dell'interessato, si attesta che

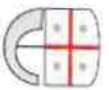
Cognome _____ Nome _____

È affetto da:

- patologia oncologica
- immunodeficienza primitiva o secondaria
- fibrosi cistica
- patologie sottoposte a trattamenti immunosoppressori
- altre patologie gravi (Specificare) _____

Data

Firma del Medico



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

ASL1 **ASL2** **ASL3** **ASL4** **ASL5**

Allegato sub 3) della Deliberazione n. 336 del 13.09.2021

Attestazione medica ai fini della tutela del diritto allo studio degli alunni e degli studenti con patologie gravi o immunodepressi per beneficiare di forme di Didattica Digitale Integrata

(Ordinanza del Ministero dell'Istruzione n.134 del 9 ottobre 2020)

Si attesta che

Cognome _____ Nome _____

è affetto da:

- patologia oncologica
- immunodeficienza primitiva o secondaria
- fibrosi cistica
- patologie sottoposte a trattamenti immunosoppressori
- altre patologie gravi (presenza di rischio di contagio particolarmente elevato, con impossibilità di frequentare le lezioni scolastiche in presenza)

_____ (Specificare)

Il quadro clinico rappresenta stato di fragilità tale da comprovare l'impossibilità di fruire di lezioni in presenza presso l'Istituzione scolastica.

Data

Firma del Medico