



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "Valerio Flacco"
Codice Fiscale: n. 80015350590 Tel. 0773/877355 Tel.Fax.0773/876131
Via Bari snc 04010 SEZZE SCALO
ltic80200c@istruzione.it - ltic80200c@pec.istruzione.it – www.icvalerioflacco.edu.it

Ai docenti dell'IC "Valerio Flacco"

Alle famiglie degli alunni dell'IC "Valerio Flacco"

Al sito web

Alla DSGA

Comunicazione n. 19 del 07-10-2020

Oggetto: Autodichiarazione - Allegato 3 Circolare Regione USR Lazio del 6 ottobre 2020

Si comunica che in data 6 ottobre 2020 è stata inoltrata a questo Istituto una circolare congiunta della Regione e dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio.

Nella circolare è presente l'*Allegato 3* che consiste nel fac-simile di una autodichiarazione resa dai genitori per il rientro a scuola dei propri figli.

Riporto quanto comunicato nella circolare a tal proposito.

Le scuole dovranno

"richiedere le certificazioni mediche dopo assenza scolastica attenendosi rigorosamente a quanto indicato nella nota regionale prot. Reg Lazio n. 789903 del 14/09/2020. In caso di rientro a scuola dopo assenza per motivi di salute non sospettati per Covid-19, nei limiti di giorni previsti (≤ 3 giorni e ≤ 5 giorni) la scuola può richiedere al genitore una autodichiarazione attestante che il figlio/a è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta / Medico di medicina Generale e che sono state seguite le indicazioni ricevute (Allegato 3 – Fac simile autodichiarazione)".

Tale autocertificazione, pertanto, serve nei casi di assenza per motivi di salute di durata uguale o inferiore a 3 giorni per la scuola dell'infanzia e uguale o inferiore a 5 giorni per gli altri ordini di scuola.

Si richiede la massima serietà e responsabilità da parte di tutti in questo delicato momento. La richiesta di certificati medici nasce dall'esigenza di tutelare la salute dell'intera comunità scolastica e dei cittadini del territorio. Si chiede, pertanto, di osservare scrupolosamente le indicazioni di medici e pediatri per il bene comune.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Carolina Gargiulo

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

Allegato 3 - 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)

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 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 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)