



Ambito SA24

LICEO STATALE "Don Carlo La Mura"

CLASSICO, LINGUISTICO, SCIENTIFICO E SCIENZE APPLICATE

Via Monte Tàccaro – ANGRI Tel. 0815132847 Fax 0815132861 – C.F. 80039430659

Indirizzo web: [www.liceolamura.gov.it](http://www.liceolamura.gov.it)

e-mail: [saps170004@istruzione.it](mailto:saps170004@istruzione.it) posta cert.: [saps170004@pec.istruzione.it](mailto:saps170004@pec.istruzione.it)

## **MODALITA' DI RIENTRO A SCUOLA ALUNNI**

### **1° Caso:**

#### **ASSENZA scolastica per manifestazione di sintomi di sospetto Covid 19 o per averlo contratto**

- ✓ Gli Studenti potranno rientrare a scuola solo previa presentazione dell'ATTESTAZIONE di esecuzione, da parte del proprio MMG/ PLS, del percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto dai documenti nazionali e regionali e dalla nota del Ministero della Salute n. 30847 del 24/09/2020. Tale attestazione dovrà essere corredata dal **Modello 1/a**.
- ✓ Tale modello dovrà essere consegnato dall'alunno al docente della **prima ora** di lezione.

### **2° Caso:**

#### **ASSENZA scolastica per malattia non Covid 19 correlata inferiore a 6 giorni.**

Nel caso in cui si verifichi una assenza per malattia non Covid 19 correlata inferiore a 6 giorni e si rientri a scuola:

- ✓ il genitore è tenuto a compilare l'autodichiarazione per il rientro (**Modello 2/a**);
- ✓ tale modello dovrà essere consegnato dall'alunno al docente della **prima ora** di lezione;
- ✓ il docente consegnerà tale modello al docente FCO della classe che provvederà a conservarlo per poi depositarlo agli atti della scuola al termine dell'anno scolastico.

### **3° Caso:**

#### **ASSENZA scolastica non dovuta a malattia di almeno 2 giorni.**

Nel caso in cui si verifichi una assenza non dovuta a malattia di almeno 2 giorni e si rientri a scuola:

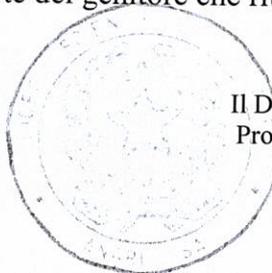
- ✓ il genitore è tenuto a compilare l'autodichiarazione per il rientro (**Modello 3/a**);
- ✓ tale modello dovrà essere consegnato dall'alunno al docente della **prima ora** di lezione;
- ✓ il docente consegnerà tale modello al docente FCO della classe che provvederà a conservarlo per poi depositarlo agli atti della scuola al termine dell'anno scolastico.

**In caso in cui gli alunni assenti nei giorni precedenti siano sforniti della documentazione richiesta, il docente della prima ora di lezione, dopo aver riportato il nominativo dello studente sul Registro Elettronico nonché l'ora di uscita dall'aula, dovrà farlo accompagnare dal Collaboratore scolastico del piano in un'aula dedicata dell'Istituto. Saranno subito contattati telefonicamente i genitori per avviare la prevista procedura di uscita dall'Istituto per motivi di sicurezza dell'intera comunità scolastica.**

### **4° Caso:**

#### **USCITA anticipata da parte degli alunni.**

- Nel caso in cui un alunno necessiti di uscita anticipata, il genitore, all'atto del prelievamento del proprio figlio, è tenuto a compilare il **Modello 4/a** che prevede diverse casistiche corrispondenti a impegni diversi da parte del genitore che ritira il proprio figlio.



Il Dirigente Scolastico  
Prof. Filippo Toriello

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
LICEO SCIENTIFICO  
"DON CARLO LA MURA"  
ANGRI

**OGGETTO: CONSEGNA CERTIFICATO MEDICO**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Padre/Madre \_\_\_\_\_  
dell'alunno \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

ISCRITTO/A ALLA CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_ DI QUESTO ISTITUTO.

**CONSEGNA**

**CERTIFICATO MEDICO**

ASSENTE DAL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Per un totale di giorni: \_\_\_\_\_

Angri, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

*Gli alunni dovranno consegnare la presente autodichiarazione al docente della 1^ ora di lezione*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO**

**IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA NON COVID CORRELATE**

*(da compilare in caso di malattia inferiore a 6 giorni)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

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 il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

**CHIEDE**

pertanto la **riammissione** presso la scuola.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

*Gli alunni dovranno consegnare la presente autodichiarazione al docente della 1^ ora di lezione*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO**

**IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA**

*(da compilare in caso di assenza di almeno 2 giorni)*

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

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute e

**CHIEDE**

pertanto la **riammissione** presso la scuola.

Data \_\_\_\_\_

Il genitore/titolare della responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

*Gli alunni dovranno consegnare la presente autodichiarazione al docente della 1<sup>a</sup> ora di lezione*

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale  
"Don Carlo La Mura"  
Via Monte Taccaro  
ANGRI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità inerente l'affido dei minori, ricevuto mandato dal genitore,  
(allega fotocopia di riconoscimento).

**CHIEDE**

- L'uscita anticipata alle ore \_\_\_\_\_ per motivi di **SALUTE** del/la suddetto/a alunno/a, e dichiara di impegnarsi a contattare il PLS (Pediatra di Libera Scelta) / MMG (Medico di Medicina Generale) per la valutazione clinica del caso
- L'uscita anticipata alle ore \_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_ del/la suddetto/a alunno/a.
- L'ingresso posticipato alla \_\_\_\_\_ ora per motivi di \_\_\_\_\_ del/la suddetto/a alunno/a.

Angri, \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_



Ambito SA24

LICEO STATALE “Don Carlo La Mura”

CLASSICO, LINGUISTICO, SCIENTIFICO E SCIENZE APPLICATE

Via Monte Taccaro – ANGRI Tel. 0815132847 Fax 0815132861 – C.F. 80039430659

Indirizzo web: [www.liceolamura.gov.it](http://www.liceolamura.gov.it)

e-mail: [saps170004@istruzione.it](mailto:saps170004@istruzione.it)

posta cert.: [saps170004@pec.istruzione.it](mailto:saps170004@pec.istruzione.it)

---

## **MODALITA' DI RIENTRO A SCUOLA OPERATORE SCOLASTICO**

### **1° Caso:**

#### ***ASSENZA scolastica per manifestazione di sintomi di sospetto Covid 19 o per averlo contratto***

- ✓ Gli operatori scolastici potranno rientrare a scuola solo previa presentazione dell'ATTESTAZIONE di esecuzione, da parte del proprio MMG/ PLS, del percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto dai documenti nazionali e regionali e dalla nota del Ministero della Salute n. 30847 del 24/09/2020.
- ✓ Tale attestazione dovrà essere corredata dal **Modello 1/b** e consegnato agli Uffici di segreteria.

### **2° Caso:**

#### ***ASSENZA scolastica per malattia non Covid 19 correlata inferiore a 6 giorni.***

Nel caso in cui si verifichi una assenza per malattia non Covid 19 correlata inferiore a 6 giorni e si rientri a scuola:

- ✓ compilare il **Modello 2/b** e consegnarlo agli Uffici di segreteria, sig.ra Pastore Francesca (in sostituzione alla sig.ra D'Aniello Francesca).

### **3° caso:**

#### ***ASSENZA scolastica non dovuta a malattia di almeno 2 giorni.***

Nel caso in cui si verifichi una assenza non dovuta a malattia di almeno 2 giorni e si rientri a scuola:

- ✓ compilare il **Modello 3/b** e consegnarlo agli Uffici di segreteria, sig.ra Pastore Francesca (in sostituzione alla sig.ra D'Aniello Francesca).

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
LICEO SCIENTIFICO  
“DON CARLO LA MURA”  
ANGRI

**OGGETTO: CONSEGNA CERTIFICATO MEDICO**

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

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

Il \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ presso questo istituto

**CONSEGNA  
CERTIFICATO MEDICO**

Assente dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Per un totale di giorni: \_\_\_\_\_

Angri, \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore scolastico

\_\_\_\_\_

*L'operatore scolastico dovrà consegnare l'autodichiarazione agli uffici di segreteria*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'OPERATORE  
SCOLASTICO**

**IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA NON COVID CORRELATE**

*(da compilare in caso di malattia inferiore a 6 giorni)*

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

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

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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 il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo/a al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

**CHIEDE**

pertanto la **riammissione** presso la **scuola**.

Data \_\_\_\_\_

L'operatore scolastico  
\_\_\_\_\_

*L'operatore scolastico dovrà consegnare l'autodichiarazione agli uffici di segreteria*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'OPERATORE SCOLASTICO**

**IN CASO DI ASSENZA NON DOVUTA A MALATTIA**

*(da compilare in caso di assenza di almeno 2 giorni)*

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

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute e

**CHIEDE**

pertanto la **riammissione** presso la scuola.

Data \_\_\_\_\_

L' operatore scolastico

\_\_\_\_\_

*L'operatore scolastico dovrà consegnare l'autodichiarazione agli uffici di segreteria*