LICEO CLASSICO e MUSICALE STATALE
"Annibale Mariotti"
P.zza S. Paolo 3 - 06123 - ☎ 075/5724152-5734943– fax 075/5722646 – C.F. 80007340542
e-mail pgpc01000x@istruzione.it [posta certificata] pgpc01000x@pec.istruzione.it
PERUGIA

CIRCOLARE N. 39 DEL 3/10/2020

AI DOCENTI
AGLI STUDENTI
AI GENITORI
AL PERSONALE ATA

Oggetto: rientro a scuola degli studenti dopo assenza

Facendo riferimento all'Ordinanza della Regione Umbria n 55 del 22 settembre u.s. e al relativo allegato ""indicazioni operative gestione casi e focolai in ambiente scolastico" e alla nota del Ministero della Salute 30847 del 24 settembre u.s. "Riapertura delle scuole. Attestati di guarigione da Covid-19 o da patologia diversa da Covid-19 per alunni/personale scolastico con sospetta infezione da SARS-CoV-2", si ricorda che l'accertamento di casi di Covid-19 è di competenza del Medico di Medicina Generale che eventualmente avvia l'iter che prevede l'intervento del Dipartimento di Prevenzione, che fornisce disposizioni specifiche alla scuola interessata; al termine del percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per Covid, il Medico stila idonea certificazione da presentare alla scuola.

In caso di assenza dovuta a motivi di salute a non riconducibili a Covid, o dovuta a motivi diversi da quelli di salute, la riammissione potrà avvenire a seguito presentazione di autodichiarazione redatta dall'alunno stesso se maggiorenne o dall'esercente la potestà genitoriale secondo il modello allegato, reperibile nella sezione modulistica del sito web del Liceo.

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Giuseppina Boccuto)

AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 del D.P.R. N. 445/2000

II/la sottoscritto/a _____

nato/a_____ il _____

e residente a _____ Provincia di _____

in via _____ n. _____ Tel. _____

☐ **in qualità di esercente la potestà genitoriale dell'alunno _____ frequentante la classe _____**

☐ **in quanto alunno maggiorenne frequentante la classe _____**

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

DICHIARA

che l'assenza avvenuta dal _____ al _____ del/della alunno/a suindicato

☐ **NON è stata dovuta a motivi di salute,**

☐ **è stata dovuta a motivi di salute ed è stato sentito ii Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta che non ha ritenuto di avviare il percorso previsto per i casi sospetti di COVID-19.**

Luogo e Data

_____ , _____ /_____ /_____ _____ /

Firma

_____

INFORMATIVA BREVE EX ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

L'Istituto Scolastico tratterà i dati sopra riportati in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento Europeo 679/2016 e nel D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) così come integrato e modificato dal D. Lgs. 101/2018. La base giuridica del trattamento dati risiede nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e dell'all. 6 del DPCM del 26 aprile 2020. Il trattamento è obbligatorio e necessario per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e pertanto in caso di rifiuto alla compilazione e sottoscrizione della dichiarazione non verrà consentito l'accesso ai locali dell'Istituto. I dati personali saranno conservati sino al termine dello stato d'emergenza e conformemente agli obblighi di legge.