



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
CAMPUS DEI LICEI "Massimiliano Ramadù"

Via Rimini, 1, 04012 CISTERNA DI LATINA (LT)  
c. m. LTIS00100R – Codice Univoco Ufficio UFAC4D - c. f. 91004900592  
☐ 06.96873133 - [LTIS00100R@istruzione.it](mailto:LTIS00100R@istruzione.it) – [LTIS00100R@pec.istruzione.it](mailto:LTIS00100R@pec.istruzione.it)  
sito web: [www.iisramadu.edu.it](http://www.iisramadu.edu.it)



Comunicazione n. 29 A.S. 2020-2021

Cisterna di Latina 13 ottobre 2020

Alle famiglie  
Agli studenti  
Ai Docenti  
Al personale ATA  
Sito web  
Registro elettronico

Oggetto: giustificazione assenza per motivi familiari e per motivi di salute non riferibili a COVID e modulistica allegata (**Moduli 1** autodichiarazione, **Modulo2** autocertificazione)

Di seguito le indicazioni per la riammissione a scuola in caso di assenza :

Tipologia assenza o uscite anticipate	Modalità di comunicazione alla scuola	Come giustificare l'assenza.
Assenza per motivi familiari	Preavviso al coordinatore di classe all' indirizzo mail del coordinatore di classe dominio <a href="http://iisramadu.edu.it">iisramadu.edu.it</a>	Riammissione in classe previo compilazione <b>Modulo 1</b> "Autodichiarazione assenza da scuola per motivi di famiglia" con allegato documento di identità del dichiarante. Da inviare al coordinatore di classe dominio <a href="http://iisramadu.edu.it">iisramadu.edu.it</a> che provvederà ad avvertire il CDC. Inoltre giustificazione sul RE da parte del genitore
Assenze per motivi di salute fino a 5 giorni		Riammissione in classe previo compilazione <b>Modulo 2</b> Autocertificazione con allegato documento di identità del dichiarante. Da inviare al coordinatore di classe dominio <a href="http://iisramadu.edu.it">iisramadu.edu.it</a> che provvederà ad avvertire il CDC. Inoltre giustificazione sul RE da parte del genitore
Uscite anticipate ( <u>concesse solo per gravi e comprovati motivi</u> )	Preavviso telefonico ai collaboratori della Dirigenza il giorno precedente.	.

Assenze superiori a 5 giorni per motivi di salute		Certificato medico. Da inviare ai referenti Covid Proff. Nicosanti e Latini all'indirizzo di posta
---	--	--

		istituzionale <a href="mailto:LTIS00100R@ISTRUZIONE.IT">LTIS00100R@ISTRUZIONE.IT</a> Inoltre: giustificazione sul RE da parte del genitore
--	--	--

La Dirigente Scolastico  
Anna Totaro  
*(firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 co. 2 D. Lgs 39/1993)*

**Modulo 1 AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA PER MOTIVI  
DI FAMIGLIA**

(allegare copia del documento di identità del dichiarante)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità  
genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in  
caso di dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 DPR 445/2000) , e consapevole dell'importanza del rispetto  
delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della la  
collettività,

**DICHIARA**

che il proprio figlio/a è risultato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per MOTIVI DI FAMIGLIA  
(come dichiarato nella mail inviata preventivamente al Coordinatore di classe) e nei suddetti  
giorni NON HA PRESENTATO i sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19 , né  
temperatura superiore ai 37.5°C nei tre giorni antecedenti la data odierna.

Cisterna di Latina , lì

Il genitore (o esercente la responsabilità genitoriale)

**Modulo2 per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a  
3 o 5 giorni  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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 medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino**
- Che il 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)*

Allegare copia del documento di identità del dichiarante