



## ISTITUTO COMPRENSIVO N. 16 - VALPANTENA

Piazza Penne Mozze, 2 – 37142 Poiano – Verona

☎ 045/8700503 – 045/8700303 - fax 045/8700037 – C.F. 93185540239

✉ [segreteria@ic16verona.edu.it](mailto:segreteria@ic16verona.edu.it) - [vric887003@pec.istruzione.it](mailto:vric887003@pec.istruzione.it)

✉ [vric887003@istruzione.it](mailto:vric887003@istruzione.it) - 🏠 [www.ic16verona.edu.it](http://www.ic16verona.edu.it)



Circ. n. 23 – prot. 2238/V-7

Verona, 9 settembre 2020

Ai genitori/tutori degli alunni e delle alunne  
Ai/Alle docenti dell'I.C. 16 Valpantena  
> All'albo/ Agli atti  
E, p.c. al personale A.T.A. dell'Istituto Comprensivo

### **OGGETTO: indicazioni per il rientro a scuola**

#### **Gentili genitori,**

la Direzione Prevenzione della Regione Veneto ha inviato a tutto il sistema sanitario veneto una 'flow chart' contenente tutti i comportamenti da adottare in caso di positività nel mondo della scuola.

La alleghiamo alla presente circolare e vi preghiamo di prenderne visione.

Come già esplicitato nella circolare 21 e illustrato nelle riunioni online dei genitori, l'alunno o qualsiasi componente del personale scolastico che presentano sintomatologia sospetta per Covid19 durante la presenza a scuola, dovranno essere allontanati dalla classe e fatti permanere in altro ambiente indossando la mascherina chirurgica.

Gli alunni attenderanno l'arrivo dei genitori e il caso dovrà essere preso in carico dal Pediatra di Libera Scelta o dal Medico di Medicina Generale per la valutazione clinica.

Per i casi in cui l'alunno risulterà assente a causa di condizioni cliniche non sospette per Covid, per la riammissione a scuola, i genitori dovranno presentare una specifica autocertificazione. Non sarà sufficiente la sola giustificazione sul libretto personale.

Alleghiamo il modello da compilare, che è disponibile anche sul sito, in "modulistica genitori e alunni".

Grazie della cortese collaborazione.

Cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica  
Monica Di Cagno

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA  
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 \_\_\_\_\_,  
della scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, 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 può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso  
NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

*In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Firma del genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)