



**ISTITUTO COMPRENSIVO "A. S. NOVARO-CAVOUR"**  
**SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**  
**Via Nicolardi, 236 – 80131 Napoli Tel 0810176536 - Fax 0810176536**  
**Distretto 46 – Cod.Min.NAIC82200T cod. fisc.95137680633**  
**E-mail - [naic82200t@istruzione.it](mailto:naic82200t@istruzione.it)**

Ai genitori degli alunni  
Al personale scolastico  
Al sito web

## **OGGETTO: GIUSTIFICA ASSENZE PER RIENTRO A SCUOLA IN SICUREZZA**

**Si comunica ai genitori che tutte le assenze devono essere giustificate.**

Si riporta, di seguito, la casistica delle assenze e si forniscono indicazioni per la riammissione a scuola finalizzate a garantire la sicurezza delle attività didattiche ed educative.

### **1. ASSENZA SCOLASTICA PER MOTIVI DI SALUTE SUPERIORE A 3/5 GIORNI**

Il certificato medico deve essere richiesto al PLS/MMG:

- **NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA : dopo il terzo giorno di assenza** - “assenza per malattia superiore a 3 giorni” significa infatti che la riammissione al 4° giorno non necessita del certificato medico, che occorre invece in caso di riammissione al 5° giorno od oltre dall’inizio della malattia.;
- **NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA : dopo il quinto giorno di assenza** - “assenza per malattia superiore a 5 giorni” significa che la riammissione al 6° giorno non necessita del certificato medico, che occorre invece in caso di riammissione al 7° giorno od oltre dall’inizio della malattia- (D.P.R. n. 1518 del 22 dicembre 1967, Art. 42).

### **2. ASSENZA SCOLASTICA PER MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI**

**Autodichiarazione dei genitori per rientro dopo malattia inferiore a 4/6 giorni  
(Allegato 5)**

### **3. ASSENZA SCOLASTICA PER MOTIVI NON DI SALUTE**

**Autodichiarazione dei genitori per rientro dopo assenza per motivi non di salute  
(Allegato 6)**

- La giustificazione dovrà essere caricata su portale ArgoFamiglia, compilando uno degli appositi allegati alla presente. In alternativa, fino al 15 ottobre, la giustificazione cartacea potrà essere consegnata, prima dell’accesso a scuola, al docente della prima ora.
- Si specifica che senza giustificazione **l’alunno non potrà essere riammesso in classe.**
- Nel caso in cui l’alunno non abbia la giustificazione viene avvisato il genitore che dovrà provvedere immediatamente a giustificare il proprio figlio.

Si ricorda che il rientro a scuola di studenti già risultati positivi all'infezione da COVID-19 deve essere preceduto da una **preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione"** del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, da inviare a mezzo mail all'indirizzo [naic8220t@istruzione.it](mailto:naic8220t@istruzione.it)

***Il Dirigente Scolastico***  
***Prof.ssa Giuditta Iemma***  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*  
*ai sensi dell'Art. 3 c.2 dlgs 39/1993*

**ALLEGATO 5) AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRO  
DOPO MALATTIA INFERIORE A 4/6 GIORNI**

*Integrazione del documento "Rientro a scuola in sicurezza" Regione Campania dell'1/10/2020*

Al Dirigente scolastico  
dell'I.C. Novaro Cavour

Il/La sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

.....

Luogo di nascita

Data di nascita ..... genitore

del bambino/studente.....

della scuola

*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/a può essere riammesso/a a 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 respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)

- 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 a scuola.*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 6) AUTODICHIARAZIONI DEI GENITORI PER RIENTRODOPO  
ASSENZA PER MOTIVI NON DI SALUTE**

*“Rientro a scuola in sicurezza” Regione Campania*

Al Dirigente scolastico  
dell’I.C. Novaro Cavour

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
.....Nome.....  
.....

Luogo \_\_\_\_\_ di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ di nascita \_\_\_\_\_

genitore del  
bambino/studente.....

della scuola \_\_\_\_\_

***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 l’ assenza del figlio da scuola dal.....al ..... è avvenuta per ragioni diverse da motivi di salute.

Luogo e data.....

Firma \_\_\_\_\_