



ISTITUTO STATALE COMPRESIVO "GALILEO GALILEI"

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado
5602 MONTOPOLI V.A. (PI VIA SAN SEBASTIANO N° 27
Tel. 057 44900 C. F. N°82001310505

e.mail piic_2_c@istruzione.it mail certificata: piic82200c@pec.istruzione.it we www.comprensivogalileimontopoli.edu.i

- **Alle Famiglie**
- **Al Personale Scolastico**
- **Sito WEB – R.E.**

Oggetto: Disposizioni per il rientro da QUARANTENA disposta dal Dipartimento della prevenzione

Facendo seguito alle numerose richieste di chiarimento in merito al rientro da un periodo di "QUARANTENA" disposto dal DdP per i casi di "CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO" di cui alla Circolare del MdS n. 32850 del 12/10/2020, integralmente ripresi dall'Ordinanza del Presidente della Giunta - Regione Toscana n. 92 del 15/10/2020, di seguito riportato:

CONTATTI STRETTI ASINTOMATICI

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

A. un periodo di **quarantena di 14 giorni** dall'ultima esposizione al caso

oppure

B. un periodo di **quarantena di 10 giorni** dall'ultima esposizione **CON un TEST** antigenico o molecolare **negativo effettuato il decimo giorno.**

Qualora il MMG/PdF/MC si rifiuti di rilasciare l'Attestazione di riammissione a Scuola perché non si è stati sottoposti ad alcun test/tampone (**caso A. 14 gg di quarantena SENZA tampone**), per la riammissione a Scuola si dovrà produrre l'autodichiarazione in allegato.

In assenza di tale autodichiarazione, firmata in calce dall'esercente la *responsabilità genitoriale* (art. 316 c.c.) per gli studenti minori, ovvero del soggetto maggiorenne, studente/personale scolastico, **NON** sarà consentito l'accesso a scuola.

Qualora **NON** si abbia ricevuto alcun provvedimento ufficiale del DdP, ma siano trascorsi comunque 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con un soggetto positivo a SARS-CoV-2, **SOLO SE** si rientra tra i casi **ASINTOMATICI** e avendo scrupolosamente rispettato le prescrizioni della quarantena, si ritiene possibile rientrare a Scuola compilando l'autodichiarazione in allegato che contempla le condizioni previste per il rientro in comunità/scuola.

In assenza dell'autodichiarazione, ovvero del prescritto documento necessario alla riammissione, o di certificato medico lo studente **NON** sarà ammesso a scuola e, se dovesse entrare senza la relativa certificazione, sarà collocato in luogo idoneo in attesa che venga prelevato da un genitore/tutore/delegato. Qualora i genitori/tutori risultassero irreperibili, saranno avvertite le autorità competenti.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Mariella Morelli

Firma autografa a mezzo stampa-ex art. 3, c. 2. D.lgs. 39/93

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AMMISSIONE A SCUOLA DOPO QUARANTENA DI 14 GIORNI SENZA TAMPONE
STUDENTE CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di

- genitore esercente la responsabilità genitoriale
 tutore soggetto affidatario ai sensi della Legge n. 184/1983,

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ (____), il ____/____/____,

frequentante, nell'**A.S. 2020/2021**, la Classe _____ della scuola

- DELL'INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Plesso _____ di codesto Istituto, destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20__ al ____/____/20__, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARO

che mio/a figlio/a _____ è

- stato/a destinatario/a di provvedimento di quarantena dal ____/____/20__ al ____/____/20__;
- si è scrupolosamente attenuto/a alle prescrizioni indicate dal Dipartimento della prevenzione;
- che, durante tutto il periodo di quarantena, in quanto "**CONTATTO STRETTO ASINTOMATICO**", non vi è stato alcun mutamento delle condizioni cliniche né comparsa di sintomi ascrivibili al Covid-19² che avrebbero comportato immediata segnalazione al medico curante;
- di non aver ricevuto alcuna comunicazione successiva da parte del DdP e/o dal mio PdF/MMG/Medico curante;
- l'insussistenza, negli ultimi 14 giorni, delle seguenti condizioni di pericolo che precludono l'accesso di mio/a figlio/a in ogni plesso scolastico:
- sintomi di influenza e/o temperatura oltre 37,5 °C;
 - avere avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19¹ (persone malate e/o contagiate) per quanto di mia conoscenza;
 - avere avuto contatti con soggetti provenienti da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Montopoli in V/A _____

Firma del genitore dichiarante

¹ Febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori, dolori muscolari, diarrea, alterazione del gusto, diminuzione dell'olfatto, congestione nasale