



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
"RINALDO D'AQUINO"**

C.F. 91010430642 – Cod. Mecc. AVIS02100B – C.c.p. 1011530886

sito www.rinaldodaquino.it e-mail avis02100b@istruzione.it P.E.C. avis02100b@pec.istruzione.it



hirpina audacia

Liceo Scientifico – Liceo delle scienze umane – Liceo Musicale

Via Scandone – 83048 Montella (AV)

Segreteria: 0827 1949166 fax: 0827 1949162 - Dirigente Scolastico: 0827 1949161

Liceo Classico - Via Fontanelle, 1 - 83051 Nusco (AV) - 0827 64972

Istituto Tecnico - settore Tecnologico - ind. Informatica e Telecomunicazioni art. *Telecomunicazioni*

Ind. Chimica, materiali e biotecnologie art. *Biotecnologie ambientali*

Ind. Elettronica ed elettrotecnica art. *Automazione*

Via Verteglia – 83048 Montella (AV) 0827 1949183 - fax 0827 1949182

Istituto Tecnico - settore Tecnologico - ind. Meccanica, meccatronica ed energia art. *Energia*

Via Tuoro – 83043 Bagnoli Irpino (AV) - tel 0827 62268

Unità Didattica II livello rete territoriale CPIA (già corso serale SIRIO)-Istituto Tecnico - settore

Tecnologico - ind. Meccanica, meccatronica ed energia art. *Energia*

Via Tuoro – 83043 Bagnoli Irpino (AV) - tel 0827 62268



Ai docenti
Ai genitori

Oggetto: ASSENZA SCOLASTICA PER MOTIVI DI SALUTE DIVERSI DA SINTOMI DI SOSPETTO DI COVID-19

In riferimento alla nota della Giunta Regionale della Campania, avente ad oggetto *integrazione documento "Rientro a scuola in sicurezza"* dell'01/10/2020,

si precisa

-Il certificato medico va rilasciato al 6° giorno di assenza e richiesto dalla scuola all'alunno che rientra dal 7° giorno dall'inizio della malattia.

-Per assenze dopo malattia di 4/6 giorni è bastevole l'autodichiarazione dei genitori compilata utilizzando esclusivamente il modello allegato, predisposto dall'apposito comitato regionale.

Emilia Strollo

Dirigente Scolastico

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3.co. 2 del D.Lgs. n. 39/1993

Il/La sottoscritto/a cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
genitore dello studente _____
classe _____ plesso _____

**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,**

DICHARA

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza lo 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 _____