



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**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. 7 A.S. 2021-2022

Cisterna di Latina 23 settembre 2021

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

**OGGETTO:** Covid-19: certificazioni mediche per assenza scolastica. Giustificazioni assenze per motivi di salute non riferibili a Covid 19 e per altri motivi. Segnalazione assenze per quarantena o positività.

Con riferimento alla nota della Regione Lazio – Direzione regionale salute e integrazione socio-sanitaria – prot. n. 719344 del 15.09.2021 si comunica quanto segue:

- L'obbligo del certificato medico per la riammissione a scuola degli studenti per la scuola secondaria di 2° grado DOPO il 5° giorno. Il certificato deve attestare l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità al rientro nella comunità scolastica. Il certificato per il rientro a scuola deve essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica L'obbligo del certificato decade qualora la famiglia comunichi **PREVENTIVAMENTE** l'assenza dalle lezioni del proprio figlio per più di 5 giorni.
- Nei casi di assenze per malattia di durata inferiore a 5 giorni non è fatto obbligo di presentare certificato medico ma deve essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica **assenze\_certificazioni\_autodichiarazioni@iisramadu.edu.it** MOD.2 "Autocertificazione per malattia non riconducibile a Covid"
- Nel caso di assenza per altri motivi deve essere inviato all'indirizzo **assenze\_certificazioni\_autodichiarazioni@iisramadu.edu.it** MOD.1 "Autodichiarazione di assenza per altri motivi"

**In sintesi, per la giustificazione delle assenze degli alunni è necessario produrre:**

- **Certificazione medica** in caso di assenza superiore ai 5 giorni (senza conteggiare i giorni festivi iniziali e finali dell'assenza)
- **MOD. 1 o MOD.2** nei casi:
  - di assenza per malattia inferiore ai 5 giorni (**MOD.2 scaricabile dal sito**)
  - di assenza per altri motivi, anche se precedentemente comunicata. (**MOD.1 scaricabile dal sito**)

Le segnalazioni di assenza riconducibili a Covid 19 devono essere comunicate all'indirizzo dedicato **assenze\_emergenza\_covid@iisramadu.edu.it**.

A detto indirizzo vanno inoltrate

- - le segnalazioni di positività al Covid
- - le segnalazioni di contatto con persone positive a Covid
- - le segnalazioni di collocazione in quarantena
- - i referti di test e tamponi eseguiti
- - richieste di chiarimenti per emergenza Covid.

L'indirizzo mail sarà consultato dalla dirigente scolastica e dai due docenti referenti Covid prof.ssa Irene Buizza per il Polo Liceale, e prof. Mauro Latini per Polo Tecnico.

Al fine di salvaguardare lo stato di salute di ciascuno di noi, si confida nella consueta collaborazione scuola-famiglia indispensabile in questo momento di emergenza epidemiologica.

Il Dirigente Scolastico

Anna Totaro

*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 co. 2D. 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)

**MOD.2 per autocertificazioni in caso di assenze per malattie inferiore o uguale a 3 o 5 giorni**

**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

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 UE2016/679 "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