



Ministero dell'Istruzione
Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345
Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>
PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it
CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



Protocollo e data vedi segnatura

Alle famiglie
Ai docenti
Al sito web
Agli Atti

OGGETTO: rientro a scuola dopo assenze per motivi di salute

In considerazione dei quesiti che pervengono in merito alla riammissione a scuola dopo assenze per motivi di salute e tenuto conto:

1. delle ultime indicazioni dell'ATS Insubria (allegate alla presente);
2. di quanto già indicato nel protocollo anticovid del nostro Istituto;
3. del patto di corresponsabilità che tutti i genitori sono invitati a sottoscrivere secondo le modalità già indicate;

si ritiene opportuno sintetizzare le diverse tipologie di assenze per motivi di salute, le procedure da seguire e la relativa documentazione da presentare a scuola. Si ricorda altresì che tutti i documenti suddetti sono pubblicati nell'area Covid-19 del nostro sito web.

CASO 1: RIENTRO A SCUOLA DI UN ALUNNO ALLONTANATO DA SCUOLA PER SINTOMI SOSPETTI

Se i sintomi si manifestano a scuola, lo studente viene accompagnato in uno spazio dedicato all'isolamento dove attende l'arrivo dei genitori che devono sottoscrivere la **DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO (ALLEGATO 1)** quando si presentano a scuola.

- a. Il genitore del figlio minore può accompagnare il figlio al punto tampone con **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE MINORE (ALLEGATO 2)** e comunque prende contatti con il proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
- b. Se lo studente è maggiorenne può autopresentarsi al punto tampone con il **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE MAGGIORENNI (ALLEGATO N. 3)**
- c. Se lo studente NON viene confermato come caso Covid – 19 in seguito al tampone deve comunque rimanere a casa fino a guarigione clinica, seguendo le indicazioni del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. In questo caso per la riammissione a scuola il medico consegna ai genitori o allo studente maggiorenne l'attestazione che lo studente può rientrare a scuola perchè è stato seguito il percorso diagnostico – terapeutico e di prevenzione per Covid – 19. Può essere considerato utile per la riammissione in sicurezza anche il solo esito negativo del tampone.
- d. Se lo studente risulta confermato come caso Covid – 19 in seguito a tampone diagnostico positivo può rientrare a scuola dopo aver completato il periodo di isolamento obbligatorio prescritto da ATS (due



Ministero dell'Istruzione

Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345

Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>

PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it

CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



tamponi consecutivi negativi) e, a guarigione clinica avvenuta, con attestazione consegnata al genitore o allo studente maggiorenne da parte del proprio medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta di idoneità alla ripresa della frequenza scolastica. Può essere considerato utile per la riammissione in sicurezza anche il solo certificato di "fine isolamento obbligatorio" riportante la negatività dei due tamponi rilasciato da ATS.

CASO 2: RIENTRO A SCUOLA DI UNO STUDENTE CHE HA MANIFESTATO SINTOMI SOSPETTI AL PROPRIO DOMICILIO

- Il genitore o lo studente maggiorenne contatta nel più breve tempo possibile il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. In caso di indicazione da parte del medico di effettuare il tampone, si segue quanto riportato nel CASO 1 ai punti a), b), c) e d)

CASO 3: RIENTRO A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE NON RICONDUCIBILI A COVID

- Nel caso di sintomatologia dello studente non riconducibile a Covid – 19 e non sottoposto a tampone, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che gestisce la situazione indica le misure di cura e concorda in base all'evoluzione del quadro clinico i tempi di rientro.
- Per il rientro a scuola si richiede ai genitori o allo studente maggiorenne di sottoscrivere l'AUTODICHIARAZIONE allegata (**ALLEGATO 4**).

Si raccomanda a tutti i genitori o tutori legali o studenti maggiorenni di inviare alla scuola tempestiva comunicazione di eventuali assenze per motivi sanitari per consentire la rilevazione di eventuali cluster di assenze nella stessa classe.

Si ringrazia per la fattiva e consueta collaborazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Marco Zago

(Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD)

Segue tabella punti tampone del territorio di ATS Insubria



Ministero dell'Istruzione

Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345

Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>

PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it

CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



TABELLA: PUNTI TAMPONE DEL TERRITORIO DI ATS INSUBRIA

si comunicano i punti tampone accessibili all'utenza per attività di testing in ambito scolastico e servizi educativi dell'infanzia attivi presso le ASST del territorio di ATS Insubria.

ASST Lariana	Como - Presidio ASST Lariana - Via Napoleona 60 Menaggio – Ospedale Erba Rinaldi (a far data da 21/09/2020)
ASST Settelaghi Varese	Padiglione di ingresso in Viale Borri 57 (ex centro trasfusionale - piano terra)
ASST Valleolona	Busto Arsizio - Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio – Piazzale Solaro 3 - Poliambulatorio

La disponibilità di Punti Tampone è modulabile e ampliabile in funzione del livello di rischio relativo a scenario epidemiologico e ai dati di malattia sospetta/accertata COVID19.

L'accesso in ognuno dei punti tampone è previsto dal lunedì al sabato, dalle ore 9.00 alle ore 13.00 senza prenotazione, muniti degli allegati (Allegati 2 e 3).

In fase di accesso è necessario acquisire i dati anagrafici della persona da testare (nome, cognome, data di nascita e Codice Fiscale) e il numero di telefono a cui fare riferimento.

L'esito sarà caricato a cura di ASST sul Fascicolo Sanitario Elettronico dell'utente.



Ministero dell'Istruzione

Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345

Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>

PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it

CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



Allegato 1

Protocollo e data vedi segnatura

DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

Si dichiara che:

cognome nome nato il alunno frequentante il
Liceo Sc. Ferraris di Varese classe Sezione

presenta febbre $\geq 37,5^\circ$ e/o sintomi suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2 come nel DPCM del 07/09/2020

In applicazione del decreto n. 87 del 06.08.2020 del Ministero dell'Istruzione "Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19", del DPCM del 07/09/2020, viene disposto l'allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

La persona sopra indicata o che esercita la potestà genitoriale è stata invitata a recarsi al proprio domicilio ed a contattare tempestivamente il proprio medico curante.

La riammissione potrà avvenire solo a seguito di presentazione alla scuola di:

- Attestazione per riammissione in comunità in quanto è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-19;

oppure

- Attestazione di idoneità al rientro in comunità dopo guarigione clinica e virologica (due tamponi negativi)

oppure

- Attestazione che il bambino può essere riammesso in comunità per patologia non riferibile a COVID

Data

Il Dirigente Scolastico o suo delegato

Per presa visione:

Genitore/Studente maggiorenne _____



Ministero dell'Istruzione
Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345
Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>
PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it
CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



Allegato 2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ residente in _____ (_____)

Via _____ Tel _____

Cell _____ e-mail _____

in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (*):

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

(*) In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo



Ministero dell'Istruzione

Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345
Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>
PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it
CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



Allegato 3

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

CF _____ Data di Nascita _____

residente in _____ (_____) Via _____

Cell _____ e-mail _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che nelle 24 ore precedenti l'accesso al test ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche (*):
- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
 - DISSENTERIA
 - CONGIUNTIVITE
 - FORTE MAL DI TESTA
 - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
 - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
 - DOLORI MUSCOLARI
 - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
 - FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}$

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test da parte del Medico di Medicina Generale

In fede _____

Data _____

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.



Ministero dell'Istruzione
Liceo Scientifico Statale "Galileo Ferraris"

Via Sorrisole, 6 - 21100 Varese – Tel. 0332 226345
Sito internet: <http://www.liceoferrarisvarese.edu.it>
PEO:VAPS03000P@istruzione.it - PEC:VAPS03000P@pec.istruzione.it
CF 80016880124 - Codice univoco UFM5RS



Allegato 4

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO ASSENZA PER MALATTIA CHE NON NECESSITA DI ATTESTATO DEL MEDICO/PEDIATRA

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____

oppure

Il/la sottoscritto/a studente maggiorenne _____

Frequentante la classe _____

consapevole della responsabilità penale e degli effetti amministrativi in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a

oppure (nel caso di studente maggiorenne)

che il sottoscritto

- è stato/a assente da scuola per motivi di salute dal _____ al _____, per un totale di giorni _____

- che sono state osservate le prescrizioni del medico curante o del pediatra di libera scelta.

Firma _____