

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



ISTITUTO COMPRENSIVO

Matteo Della Corte Pompei

Via Astolette - 80045 - Pompei (NA) Tel/Fax 0818631747 codice fiscale 82011670633

e-mail: naic8b400d@istruzione.it sito web: www.matteodellacorte.edu.it

Prot. n. 3642/08

Pompei, 08/10/2020

Al D.S.G.A.

Al personale tutto

Al personale di Segreteria

Al genitori tramite Loro Figli

Al Sito Web

Si comunica al personale tutto che, in caso di assenza, occorre presentare giustificazione tramite modulistica apposita della Regione Campania Prot. N. 2020-0455927 del 01/10/2020 che si allega a corredo.

Certi della collaborazione si saluta



Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Neve Tarantino



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRESIVO

Pompei

Matteo Della Corte

Via Astofelle - 80045 -Pompei (NA) Tel/Fax 0818631747 codice fiscale 82011670633 e-mail: NAIC8B400D@istruzione.it www.matteodellacorte.edu.it

Allegato I

" Attesto che _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

è risultato/a negativo a due tamponi effettuati a distanza di 24 ore l'uno dall'altro, sulla base della documentazione acquisita, e pertanto si rilascia **attestato di nulla - osta al rientro in comunità**, sulla scorta di quanto indicato nella circolare della Ministero della Salute n. 30847 del 24 settembre 2020.

Matteo Della Corte
Via Astolette - 80045 -Pompei (NA) Tel/Fax 0818631747 codice fiscale 82011670633 e-mail: NAIC8B400D@istruzione.it www.matteodellacorte.edu.it

Allegato 2

" Attesto che _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

sulla base della documentazione clinica acquisita, può rientrare a scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico - terapeutico e di prevenzione per COVID - 19, come disposto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020"



Allegato 3

" Certifico che _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

sulla base dell'esame clinico e dell'anamnesi personale e familiare riferita, non presente al momento segni clinici e/o sintomi riferibili a malattia infettive in atto".
Per quanto sopra esposto, si rilascia il presente certificato di riammissione a scuola/ in comunità.



Allegato 5

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 scuola 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)
- 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 _____

Matteo Della Corte
Via Astolelle - 80045 -Pompei (NA) Tel/Fax 0818631747 codice fiscale 82011670633 e-
mail: NAIC8B400D@istruzione.it www.matteodellacorte.edu.it

Allegato 4

" Certifico che _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

è affetto da patologia cronica.

Si rilascia al genitore/tutore del minore, dietro sua richiesta, per uso scolastico – ex DPCM 7

Settembre 2020, Allegato D, paragrafo 1.2



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRESIVO

Matteo Della Corte

Pompei

Via Astofelle - 80045 - Pompei (NA) Tel/Fax 0818631747 codice fiscale 82011670633 e-mail: NAIC8B400D@istruzione.it www.matteodellacorte.edu.it

Allegato 6

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,
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 _____



Allegato 5

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

Consapevoli dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di

COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

di avere preso contatto con il pediatra di famiglia/medico curante dott. _____,

di avere seguito le sue indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Luogo e data _____ firma _____