



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo "Cardinal Branda Castiglioni"

Via Cortina d'Ampezzo, 216 - 21043 Castiglione Olona VA
CM VAIC84200B - CF 80017320120 - Codice Univoco UF12SP
tel. 0331 857394 - mail: vaic84200b@istruzione.it - PEC: vaic84200b@pec.istruzione.it
www.iccastiglioneolona.edu.it

Alle famiglie

Ai docenti

Al sito web Agli Atti

OGGETTO: rientro a scuola dopo assenze per motivi di salute

- **TENUTO CONTO** delle indicazioni contenute nel Protocollo ATS allegato alla presente comunicazione
- **VISTO** il protocollo anti-covid del nostro Istituto
- **TENUTO CONTO** del Patto di Corresponsabilità Integrato che tutti i genitori sono invitati a sottoscrivere secondo le modalità già indicate
- **VISTO** l'alto numero di richieste di chiarimento da parte dei genitori e degli insegnanti

si ritiene opportuno dare indicazioni univoche al fine di non creare confusione o incertezze, pertanto qui di seguito viene riassunto come operare nel caso di assenze per motivi di salute, le procedure da seguire e la relativa documentazione da presentare a scuola.

NB: I singoli modelli sono reperibili nell'area COVID-19 del nostro sito

www.iccastiglioneolona.edu.it

RIENTRO A SCUOLA DI UN/A ALUNNO/A ALLONTANATO/A DA

SCUOLA PER SINTOMI SOSPETTI

Se i sintomi si manifestano a scuola, l'alunno/a, accompagnato/a dal personale scolastico munito di mascherina e guanti, viene portato/a temporaneamente in un aula dedicata all'isolamento preventivo dove attende l'arrivo dei genitori che, prima di prelevare il f/la figlio/a devono sottoscrivere la **DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO (ALLEGATO 1)**.

- a. Il genitore accompagna il figlio a casa e prende contatto con il Pediatra di libera scelta (PLS) o con il Medico di Medicina Generale (MMG) che dovrà prescrivere il TAMPONE da eseguire presso i punti indicati in calce

ASST Sette laghi Varese	Padiglione di ingresso in Viale Borri 57 (ex centro trasfusionale- piano terra)
ASST Valle Olona	Busto Arsizio - Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio – Piazzale Solaro3-Poliambulatorio

- b. Se lo/a studente/ssa NON viene confermato come caso Covid-19, dopo l'esecuzione del tampone deve comunque rimanere a casa fino a guarigione clinica, seguendo le indicazioni del medico di medicina generale o del PLS. Per la **riammissione a scuola** il medico consegna ai genitori **l'attestazione in cui viene confermato che lo/a studente/ssa può rientrare a scuola** perché 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.

- c. Se lo/a studente/ssa risulta confermato/a come caso Covid-19 a tampone diagnostico eseguito e risultante positivo, lo/a stesso/a può rientrare a scuola dopo aver completato il periodo di isolamento obbligatorio prescritto da ATS (1 tampone negativo) e, a guarigione clinica avvenuta, con attestazione consegnata al genitore da parte del proprio MMG o PLS di idoneità alla ripresa della frequenza scolastica. Può essere considerato utile per riammissione in sicurezza anche il solo certificato di "fine isolamento obbligatorio" riportante la negatività dei due tamponi rilasciati da ATS.

RIENTRO A SCUOLA DI UNO/A STUDENTE/SSA CHE HA MANIFESTATO SINTOMI SOSPETTI AL PROPRIO DOMICILIO

- Il genitore 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 CASO1 ai punti a), b), c)

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 di sottoscrivere, oltre alla giustificazione consueta, l'**AUTODICHIARAZIONE (ALLEGATO 2)**.

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

Speranzoso di aver chiarito e certo della collaborazione di tutti in questo momento critico e a volte confuso invio un saluto cordiale a ciascuno.

Il dirigente Scolastico
Saverio Lucio Lomurno

*[firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del Dgls.
N.39/93]*

ALLEGATO 1

DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

Si dichiara che:

l'alunno/a _____ nato/a il
_____ frequentante la classe _____ sez.
_____ della Scuola _____ di _____
presenta temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ 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*" e 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 e 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/esito tampone NEGATIVO.

Castiglione Olona,

Il Dirigente Scolastico o suo delegato

.....

Per presa visione:
Il Genitore

.....

ALLEGATO 2

**AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19**

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 _____,

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 collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso a scuola poiché nel periodo di assenza dello stesso NON HA PRESENTATO i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse secca stizzosa
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

In caso di presenza di questi sintomi o alcuni di essi, 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

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
