



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO

“MELVIN JONES – ORAZIO COMES”

e-mail: BAIC874009@istruzione.it

sito web: www.icjonescomes.edu.it

via Melvin Jones, 11
70043 - Monopoli (Ba)

Tel. / fax 080/887 68 54 - 3475088848

C.F. 93423560726

Prot. n. *vedi segnatura*

Monopoli, *vedi segnatura*

Ai docenti di Scuola dell'Infanzia
dell'Istituto Comprensivo

Alle famiglie

E p.c. Al DSGA
Alle A.A. Angiulli G., Rossani A.

Sito Web

OGGETTO: Comunicazioni organizzative

Si comunica che le attività didattiche della Scuola dell'Infanzia riprenderanno regolarmente in presenza da giovedì 07 gennaio 2021.

Si ricorda che le famiglie che volessero far rientrare i propri figli dopo un periodo di assenza devono attenersi a quanto specificato nella precedente comunicazione n. 69 del 30/11/2020.

Si specifica che, qualora si sia stati interessati nel periodo delle festività natalizie da un provvedimento di isolamento fiduciario rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, le persone interessate (sia docenti che alunni) potranno accedere a scuola solo previa consegna di autocertificazione (Allegato 1) ovvero dopo consegna della copia di idonea certificazione medica che attesti l'eventuale avvenuta negativizzazione. Tale documentazione dovrà essere inoltrata a mezzo posta elettronica e si dovrà attendere l'autorizzazione alla riammissione da parte della scrivente.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Annalisa LATELA

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi
del D.Lgs 82/2005 ss.mm.ii. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

ALLEGATO 1 - Autocertificazione rientro a scuola per assenza patologie NO Covid-19
(Fac simile)

Al Dirigente del Servizio Educativo/Istituto
Scolastico/Ateneo-Facoltà

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per patologie NON Covid19-
correlate.**
(fino a 3 giorni scuola infanzia ovvero fino a 10 giorni per gli altri ordini di scuola)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (___) il ___/___/_____, residente nel comune di
_____, alla via _____ n. _____
Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____ (cognome)
_____ (nome), nato/a a _____ (___)
il ___/___/20___, assente dal ___/___/20___ al ___/___/20___,
(compilare in caso di minore o di soggetto sottoposta a tutela)

DICHIARA

ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000, di avere informato il (barrare la voce attinente)

Pediatra di Famiglia

Medico di Medicina Generale

Dr.ssa/Dr. _____ (cognome in stampatello) _____
(nome in stampatello) il/la quale non ha ritenuto necessario sottoporre [lo/la studente/ssa] al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19, in quanto l'assenza deriva da patologie NON Covid19-correlate.

Consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e per la tutela della salute della collettività, **CHIEDO** la riammissione presso il Servizio educativo dell'infanzia/Istituto scolastico/Università.

Data, ___/___/20___

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne