



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

**“MELVIN JONES – ORAZIO COMES”**

e-mail: [BAIC874009@istruzione.it](mailto:BAIC874009@istruzione.it)

sito web: [www.icjonescomes.edu.it](http://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 Primaria e Secondaria di I grado  
dell'Istituto Comprensivo

Alle famiglie

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

Sito Web

### **OGGETTO: Comunicazioni organizzative**

In seguito all'Ordinanza Regionale n. 1 del 05.01.2021, si comunica che le attività didattiche della Scuola Primaria e Secondaria di I grado si svolgeranno in Didattica a Distanza **da giovedì 07 sino a venerdì 15 gennaio 2021**.

Come specificato su Press Regione Puglia, *“tale scelta è stata dettata da ragioni epidemiologiche e di mitigazione del rischio di contagio. L'evoluzione della curva dei contagi e dell'indice Rt, infatti, non è chiara e non si sa ancora quali effetti sui contagi ci saranno dopo il periodo festivo. Inoltre, alla luce dei dati forniti dai Dipartimenti di Prevenzione, è evidente che il virus circola e non ha allentato la sua morsa”*.

Le sole famiglie che, **per indifferibili esigenze**, volessero usufruire della didattica in presenza, potranno far rientrare i figli, previa compilazione e consegna al docente della prima ora di giovedì 7 gennaio p.v. di un modulo in cui si richiede al Dirigente scolastico il rientro in presenza, **assumendosi la piena responsabilità di tale scelta**; unitamente a tale modulo di richiesta dovrà **obbligatoriamente** essere allegata l'Autocertificazione – in base all'Allegato 1 o Allegato 2, secondo i modelli di seguito riportati.

Per coloro che usufruiranno della Didattica a Distanza non è necessario presentare alcuna richiesta scritta.

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**.

I docenti della prima ora avranno cura di controllare la suddetta comunicazione, attuando le opportune misure anti Covid, e segnalando tempestivamente alla scrivente eventuali irregolarità. Subito dopo la verifica, la documentazione sarà consegnata in busta chiusa all'Ufficio di Segreteria (A.A.AA. Angiulli e Rossani).

**Si ribadisce che la scelta della didattica in presenza è esercitata una sola volta e per l'intero periodo di vigenza della succitata ordinanza, salvo diverse disposizioni che dovessero subentrare.**

Si specifica che tutti i docenti dovranno essere presenti a scuola, secondo il proprio orario di servizio, fino a diverse disposizioni 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



REGIONE  
PUGLIA

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

**ALLEGATO 2 – Autocertificazione rientro a scuola motivi diversi da malattia**  
(Fac simile)

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

Oggetto: **Autocertificazione per il rientro in caso di assenza per motivi diversi dalla malattia.**

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 e 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, che [lo/la studente/ssa] può essere riammesso a scuola poiché il periodo di assenza non è dovuto a motivi di salute, ma legato a:

esigenze familiari (specificare): \_\_\_\_\_

per quarantena precauzionale volontaria, senza patologie o sintomatologia Covid correlata.

Dichiaro, altresì, che durante il suddetto periodo [lo/la studente/ssa] non ha presentato sintomi Covid-19 o sintomi simil influenzali.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore o dell'alunno maggiorenne