



Liceo Classico - Liceo Scientifico
Liceo Scientifico Scienze applicate
Liceo Linguistico - Liceo Musicale



Ministero dell'Istruzione

Liceo Ginnasio Statale
Giorgione
Via Giuseppe Verdi n.25
31033 Castelfranco Veneto (TV)
Tel.0423.491072-Fax 0423.496610
www.liceogiorgione.edu.it
tvpc02000b@pec.istruzione.it
info@liceogiorgione.edu.it
tvpc02000b@istruzione.it
Cod.MIUR TVPC02000B
Cod.fiscale 81002250264

Comunicato n. 42 del 22/09/2020

Alle famiglie
Agli studenti
Ai docenti
Al personale ATA

Oggetto: **giustificazione delle assenze per motivi di salute e/o casi sospetti Covid-19, riammissione a Scuola.**

Si precisano le modalità di giustificazione delle assenze e di riammissione in classe a seconda degli scenari sotto riportati:

1) Caso risultato non Covid-19, ma iniziato con presenza di sintomi come febbre superiore a 37.5° e/o altri sintomi associabili a contagio da Covid-19, rilevati **al proprio domicilio**:

- a) la studentessa/studente **deve restare a casa**;
- b) la famiglia **contatta telefonicamente il proprio MMG**, o PLS, che effettuerà la valutazione clinica (triage telefonico);
- c) se dalla valutazione clinica risulterà che non si tratta di un caso covid-19, la studentessa/studente **dovrà comunque restare a casa fino a guarigione completa**;
- d) **i genitori presentano per il rientro a Scuola l'autocertificazione** di assenza per motivi di salute non riferibili a Covid-19, secondo il **modello allegato**.

2) Caso risultato Covid-19:

- a) in presenza di sintomi come febbre superiore a 37.5° e/o altri sintomi associabili a contagio da covid-19, rilevati al proprio domicilio, la studentessa/studente **dovrà rimanere a casa**;
- b) la famiglia **contatta telefonicamente il proprio MMG**, o PLS, che effettuerà la valutazione clinica (triage telefonico);
- c) **se il caso viene valutato come sospetto Covid-19**, il MMG, o il PLS, prescrive il test diagnostico e raccomanda l'isolamento domiciliare;





Liceo Classico - Liceo Scientifico
Liceo Scientifico Scienze applicate
Liceo Linguistico - Liceo Musicale



Ministero dell'Istruzione

Liceo Ginnasio Statale
Giorgione

Via Giuseppe Verdi n.25
31033 Castelfranco Veneto (TV)
Tel.0423.491072-Fax 0423.496610
www.liceogiorgione.edu.it
tvpc02000b@pec.istruzione.it
info@liceogiorgione.edu.it
tvpc02000b@istruzione.it
Cod.MIUR TVPC02000B
Cod.fiscale 81002250264

- d) se lo ritiene opportuno, valuta l'isolamento domiciliare dell'intera famiglia;
- e) **in caso di tampone positivo** il MMG/PLS comunica immediatamente al SISP l'esito positivo del tampone;
- f) **il SISP dispone la misura contumaciale di isolamento domiciliare per la studentessa/studente e la quarantena per i conviventi familiari;**
- g) **verifica insieme al referente scolastico per il Covid-19 i possibili contatti stretti** nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi, in genere compagni di classe e insegnanti, e ne richiede i nominativi;
- h) **dispone la misura contumaciale di quarantena per i contatti stretti scolastici e il tampone ad inizio e fine quarantena** (12°-13° giorno della quarantena);
- i) **valuta eventuali altre misure** rispetto al personale scolastico, alunni di altre classi o all'intera scuola;
- j) **a fine periodo contumaciale**, trasmette alla famiglia **certificato di termine di periodo di isolamento con conseguente valore di riammissione scolastica** (sia per i casi che per i contatti).

Si rende noto, che allo stato attuale, come riportato nei protocolli sanitari riguardanti la Scuola, nel caso che una studentessa/studente, o un operatore scolastico, risulti contatto stretto di caso positivo, non sono necessarie misure di isolamento o altro rispetto ai compagni di classe o alla scuola in genere. La studentessa/studente, o operatore scolastico, convivente di un caso positivo viene comunque posto in quarantena dal SISP.

Si uniscono cordiali saluti.

Rspg Vittorio Caracuta

Il Dirigente Scolastico
Prof. Franco De Vincenzis*

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 la collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/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 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, 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 al servizio/scuola.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
