



ISTITUTO COMPRENSIVO TRICARICO

Viale Regina Margherita, 89 - 75019 TRICARICO MT - Tel/fax 0835 723226
C.F. 93045080772 - C.M. MTIC82100B -Sito web – www.ictricarico.edu.it
e-mail: mtic82100b@istruzione.it mtic82100b@pec.istruzione.it

- AI GENITORI DI TUTTI GLI ALUNNI
- AGLI OPERATORI SCOLASTICI (DOCENTI E PERSONALE ATA)
AL SITO WEB
AGLI ATTI

Oggetto: RETTIFICA Dispositivo Dirigenziale prot.2095 del 28.10.2020 relativo alla riammissione a scuola degli alunni dopo assenza per malattia.

A seguito di conferenza di servizio dell'USR Basilicata a cui ha partecipato il Dott. Luigi D'Angola della task force Regione Basilicata, avvenuta venerdì 23.10.2020, la scrivente comunica quanto segue.

I certificati di riammissione a scuola vanno prodotti dal pediatra

- per gli alunni della scuola dell'infanzia, dopo un'assenza per malattia superiore a 3 giorni;
- per gli alunni delle scuole Primarie e Secondarie, dopo assenza per malattia superiore a 5 giorni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Elena LABBATE

*Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa*

AUTODICHIARAZIONE A FIRMA DEI GENITORI

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO DI MIGLIONICO

Oggetto: Giustificazione assenza NON dovuta a malattia (da consegnare, per il tramite dell'alunno, al docente in servizio alla prima ora).

I sottoscritti _____ e _____
in qualità di genitori tutori affidatari dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____ di _____

DICHIARANO

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 che l'alunno/a è stato/a assente da scuola dal ___/___/20___ al ___/___/20___ per complessivi n. ___ giorni e per i seguenti motivi indifferibili, **del tutto estranei a malattia:**

- 1. motivi di isolamento domiciliare fiduciario per attesa esito diagnostico di una persona "contatto stretto" risultata negativa
- 2. motivi familiari di viaggio presso (*indicare la meta del viaggio*) _____
- 3. motivi familiari di rientro dal proprio paese di origine (*indicare il paese*) _____
- 4. personali, per controlli medici /visite specialistiche **non** correlati a malattia in atto presso:
(*indicare la struttura e il luogo*) _____
- 5. altro(*specificare*) _____

Firma dei genitori /tutori/affidatari

