|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministero della Pubblica Istruzionelogo_ministeroCEIC86700DAmbito Campania 0007DR Campania – ambito CE-7Distretto di appartenenza 014 | ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D.Scuola ad indirizzo musicaleViale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE)Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .itPosta non cert.:ceic86700d@istruzione.itPlesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239/Plesso Via Milano Tel. 0823 457980Codice fiscale 93081990611www.iccapolddsannicolalastrada.edu.it scuola | **E C D L Centro accreditato**!cid_0__=4EBBE4C7DFC3B2CF8f9e8a93df938@aicanet |

Comunicazione n. 48

 A tutti i Docenti ,

A tutti i Genitori,

Al DSGA,

Al Sito

 IC CAPOL DD

Oggetto: QUADRO RIEPILOGATIVO DOCUMENTI GIUSTIFICAZIONI ASSENZE

Per una doverosa chiara comunicazione presentiamo di seguito un quadro riepilogativo delle diverse documentazioni dovute per tipologia di assenza:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA ASSENZA** | **DURATA** | **DOCUMENTO PER LA RIAMMISSIONE** | **L’ALUNNO CONSEGNA****A** | **IL DOCENTE CONSEGNA A** |
| MOTIVI PERSONALI \* | 1 o più giorni | AUTODICHIARAZIONE A FIRMA DEI GENITORI (ALLEGATO 6 DEL VADEMECUM) | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | TUTTI VENERDÌ AL RESPONSABILE DI PLESSO |
| MOTIVI DI SALUTE **DIVERSI DA SINTOMI DI SOSPETTO DI COVID-19** | Inferiore a 4/6 gg | AUTODICHIARAZIONE A FIRMA DEL GENITORE **(ALLEGATO 5 opzione A)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | TUTTI VENERDÌ AL RESPONSABILE DI PLESSO |
| SUPERIO0RE A 4/6 gg  | CERTIFICATO MEDICO **(Allegato 3)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | TUTTI VENERDÌ AL RESPONSABILE DI PLESSO |
| MOTIVI DI SALUTE CON **SINTOMI DI SOSPETTO COVID-19:*** FEBBRE (maggiore di 37°C)
* TOSSE
* DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA
* CONGIUNTIVITE
* RINORREA/CONGESTIONE NASALE
* SINTOMI GASTROINTESTINALE (NAUSEA, VOMITO, DIARREA)
* PERDITA/ALTERAZIONE IMPROVVISA DEL GUSTO(AGEUSIA/DISGEUSIA)
* MAL DI GOLA
* CEFALEA
* MIALGIA
 | Inferiore a 4/6 gg | AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE DOPO AVER CONSULATO E ACQUISITO IL PARERE DEL PEDIATRA **(ALLEGATO 5 Opzione B)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | TUTTI VENERDÌ AL RESPONSABILE DI PLESSO |
| SUPERIO0RE A 4/6 gg | CERTIFICATO MEDICO **(Allegato 3)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | TUTTI VENERDÌ AL RESPONSABILE DI PLESSO |
| ASSENZA PER QUARANTENA |  | ATTESTAZIONE DEL MEDICO DI AVVENUTO PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO E DI PREVENZIONE COVID 19 **(Allegato 2)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | CONSEGNA PRONTAMENTE AL REFERENTE COVID DEL PLESSO |
| ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE POSITIVI AL COVID 19 |  | ATTESTAZIONE DEL MEDICO DI NULLA OSTA PER IL RIENTRO IN COMUNITÀ **(Allegato 1)** | DOCENTE DELLA PRIMA ORA | CONSEGNA PRONTAMENTE AL REFERENTE COVID DEL PLESSO |

\*I genitori che non comunicano in maniera preventiva, tramite mail a ceic86700d@istruzione.it, l’assenza per motivi personale diversi da motivi di salute, per assenze superiori4/6 gg, potranno essere riammessi a scuola solo con presentazione di certificato medico.

I Docenti coordinatori di classe della scuola secondaria, i docenti referenti di classe per la scuola primaria, i responsabili di plesso per l’infanzia saranno informati dalla segreteria tramite mail delle comunicazioni relative alle assenze da parte dei genitori.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Patrizia Merola

Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD