



# Istituto Tecnico "Enrico Mattei"

DIURNO - MITD52000A

Settore Economico: Amministrazione Finanza e Marketing - Relazioni Internazionali per il Marketing -  
Sistemi Informativi Aziendali - Turismo

Settore Tecnologico: Costruzione Ambiente e Territorio

SERALE - MITD52050Q

Settore Economico: Amministrazione Finanza e Marketing  
Settore Tecnologico: Costruzione Ambiente e Territorio - Informatica



Via Padre L. Vaiani, 18 20017 RHO (MI) - Tel. 02.9399831 - Fax 02.93504276 - C.F. 86504440156  
www.matteirho.edu.it - mitd52000a@istruzione.it - mitd52000a@pec.istruzione.it

Circ. n. 050

Rho, 28/09/2020

Alle famiglie

Ai docenti e al personale A.T.A.

Oggetto: Indicazioni Regione Lombardia su riammissione studente a scuola  
Dichiarazioni su comunicazione quarantena fiduciaria docenti e studenti

Sul seguente link

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/coronavirus/gestione-casi-covid-19>

si trovano informazioni molto utili su quanto indicato in oggetto ed è previsto un percorso semplificato di identificazione dei casi di Covid-19, in modo da garantire una riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione del tampone, sia per gli studenti sia per il personale docente.

In particolare, sulla riammissione viene specificato quanto segue:

1. **In caso di test diagnostico per SARS-CoV-2 con esito positivo**, il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG), dopo aver preso in carico il paziente ed aver predisposto il corretto percorso diagnostico\terapeutico predispone, dopo la conferma di avvenuta guarigione (con l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro risultati negativi), "Attestazione di nulla osta all'ingresso o al rientro in comunità".
2. **Se il test diagnostico è negativo**, in paziente sospetto per infezione da SARS-CoV-2, secondo sua precisa valutazione medica, il pediatra o il medico curante, valuta il percorso clinico/diagnostico più appropriato (eventuale ripetizione del test) e, comunque, l'opportunità dell'ingresso a scuola. In caso di diagnosi di patologia diversa da COVID-19, la persona rimarrà a casa fino a guarigione clinica seguendo le indicazioni del pediatra o del medico curante, che redigerà una attestazione che l'alunno/operatore scolastico può rientrare scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19.

Nel caso in cui lo studente non venga sottoposto a tampone in quanto la sua sintomatologia non è riconducibile a Covid-19, **il medico curante o il pediatra indicherà alla famiglia le misure di cura e, in base all'evoluzione del quadro clinico, valuterà i tempi per il rientro al servizio educativo/scuola.**

In caso di quarantena fiduciaria, si deve produrre apposita dichiarazione.

Si allegano alla presente i modelli relativi a quest'ultima:

- Modello dichiarazione dipendenti
- Modello dichiarazione studente

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Maria Lamari

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone

**DICHIARA ALTRESI'**

**BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (\*):
  - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
  - DISSENTERIA
  - CONGIUNTIVITE
  - FORTE MAL DI TESTA
  - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
  - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
  - DOLORI MUSCOLARI
  - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
  - FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**NOTA BENE:** Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**(\*)** In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

In fede  
\_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.