**DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO STUDENTE**

Si dichiara che:

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante l’Istituto Comprensivo “Villa di Serio” plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

durante lo svolgimento delle attività scolastiche ha presentato:

* FEBBRE ≥ 37,5°
* SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
* SINTOMI GASTROINTESTINALI (NAUSEA/VOMITO, DISSENTERIA)
* CONGIUNTIVITE
* FORTE MAL DI TESTA
* ANOSMIA (PERDITA OLFATTO).
* AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
* DOLORI MUSCOLARI
* DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)

In applicazione del decreto n. 87 del 06.08.2020 del Ministero dell’Istruzione “*Protocollo d’intesa per garantire l’avvio dell’anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19”,* viene disposto l’allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

In applicazione della circolare della Regione Lombardia Prot. G1.2020.0031152 del 14 settembre 2020 concernente *"Avvio attività scolastiche e servizi educativi dell’infanzia – gestione di casi e focolai di CoviD-19"*, la persona che esercita la potestà genitoriale è tenuta ad accompagnare il figlio al punto tampone ad accesso libero ma:

* E’ obbligatorio contattare il proprio medico curante o il pediatra prima di presentarsi all’esame per **avere conferma della necessità di effettuare il tampone**.
* E’ obbligatorio presentarsi all’esame con l’autodichiarazione compilata e con la tessera sanitaria.

In caso di effettuazione del tampone, sia con esito POSITIVO che NEGATIVO, la riammissione a scuola potrà avvenire solamente con la **consegna della giustifica della famiglia e dell’attestazione del medico/pediatra di riammissione sicura** in comunità.

****Data …………………………

Il Dirigente Scolastico o suo delegato

.......................................................

Per presa visione:

Il Genitore/tutore ……………………………………….……………………..

**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 l’accesso 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 ≥ 37,5°

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti l’accesso 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 prudenziale 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.*