



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE  
"GIORDANI – STRIANO"**

VIA CARAVAGGIO, 184 – 80126 NAPOLI – TEL. 081644553 – FAX 0812472312  
Dist. Scol. n. 40 – Ambito 12 – Cod. Mec. NATF05000N  
www.ittgiordanistrianonapoli.edu.it  
Email: natf05000n@pec.istruzione.it – natf05000n@istruzione.it – c.f.80023820634  
CODICE IPA: UFM5ED



**Avviso**

**Modulistica per il rientro a scuola degli studenti  
in seguito ad assenze**

In ottemperanza alle indicazioni operative per la gestione di casi e focolai SARS-COV-2 nelle scuole secondarie si comunica che il rientro è consentito solo con presentazione di certificato medico dopo assenza **superiore a 5 giorni**. (Decreto del Ministero dell'Istruzione n. 80 del 03/08/2020).

Si precisa pertanto che:

il periodo di assenza minimo per cui è richiesta la certificazione di riammissione è di 6 giorni: "assenza per malattia superiore a 5 giorni" significa infatti che la riammissione al 6° giorno non necessita del certificato medico, che occorre invece in caso di riammissione al 7° giorno od oltre dall'inizio della malattia.

In caso di assenza **per malattia inferiore a 6 giorni** per il rientro a scuola è necessaria un'autodichiarazione dei genitori (**ALLEGATO 1**)

In caso di assenze scolastiche **per motivi diversi da quelli di salute** (familiari, personali, ecc.), anche superiori a 5 giorni, non è prevista la presentazione di certificato medico al rientro, ma sarà sufficiente un'autodichiarazione dei genitori/tutori (art. 47 DPR 445/2000) (**ALLEGATO 2**)

ALLEGATI:

Allegato 1)

Allegato 2)

**Allegato 1)**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore dello studente \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,  
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione  
di COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,

DICHIARA

di avere preso contatto con il medico curante dott.

\_\_\_\_\_, di avere seguito le sue

indicazioni e pertanto il figlio può essere riammesso a scuola.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Allegato 2)**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore dello studente \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,  
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 l'assenza del figlio da scuola dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ è avvenuta  
per ragioni diverse da motivi di salute.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_